

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**STRES TĚHOTNÉ ŽENY V SOUVISLOSTI
S PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKOU**

Bakalářská práce

Autor práce: Jana Žitná

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Hodačová, Ph. D.

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE

DIVISION OF NURSING

**PREGNANT WOMEN `S STRESS IN
CONNECTION WITH PRENATAL
DIAGNOSTICS**

Bachelor's thesis

Author: Jana Žitná

Supervisor: MUDr. Lenka Hodačová, Ph. D.

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 30. 4. 2008

..... Jana Šimová!
(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Ráda bych vyjádřila poděkování MUDr. Lence Hodačové, Ph.D. za odborné vedení této práce a Mgr. Evě Vachkové za poskytnutí konzultací. Poděkování patří i porodnicko-gynekologické klinice a ženám, které se zúčastnily dotazníkového šetření. Děkuji také své rodině za pomoc a podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1.1 Stres.....	7
1.1.1 Vymezení základních pojmů.....	7
1.1.2 Tvůrci teorie stresu.....	8
1.1.3 Reakce organismu na stres.....	9
1.1.4 Příznaky stresu.....	9
1.1.5 Způsoby zvládání stresu.....	10
1.1.5.1 Nebezpečné a poškozující copingové strategie.....	11
1.1.5.2 Obranné mechanismy ega.....	11
1.1.5.3 Jak se bránit proti stresu.....	12
1.2 Těhotenství.....	13
1.2.1 Vznik a vývoj těhotenství.....	13
1.2.1.1 Oplození a vývoj oplozeného vajíčka.....	13
1.2.1.2 Vývoj embrya a plodu.....	13
1.2.2 Trvání těhotenství.....	16
1.2.3 Diagnostika těhotenství.....	16
1.2.4 Změny mateřského organismu v těhotenství.....	17
1.2.5 Riziková a patologická gravidita.....	20
1.2.6 Psychická adaptace na těhotenství.....	20
1.3 Prenatální péče.....	22
1.3.1 Charakteristika prenatální péče.....	22
1.3.2 Průběh návštěvy v prenatální poradně.....	23
1.3.3 Biochemický screening v průběhu těhotenství.....	25
1.3.4 Ultrazvukový screening v průběhu těhotenství.....	26
1.3.5 Invazivní metody prenatální diagnostiky.....	27
1.3.6 Role porodní asistentky.....	30
2 EMPIRICKÁ ČÁST.....	31
2.1 Cíle výzkumu.....	31
2.2 Metoda výzkumu.....	31
2.3 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	32
2.4 Výsledky výzkumu.....	33
DISKUZE.....	48
ZÁVĚR.....	53
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	55
SEZNAM TABULEK.....	57
SEZNAM GRAFŮ.....	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	57
PŘÍLOHY.....	58

ÚVOD

Jako téma pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila stres těhotné ženy v souvislosti s prenatální diagnostikou. Ve své práci bych chtěla zjistit, zda ženy během těhotenství prožívají nějaké negativní pocity jako důsledek podstupování jednotlivých vyšetření. Toto téma bohužel zatím nebylo námětem pro práci tohoto druhu, proto jsem si sama musela zvolit způsob, jak se zhostím této problematiky. Když jsem začala zjišťovat prameny, ze kterých by bylo možné čerpat, přečetla jsem si článek v časopise určeném pro porodní asistentky, ve kterém byla uvedena otázka, zda ženy mají právo родit jen dokonalé děti. Autorka narážela na problematiku dispenzarizace těhotných žen a uvedla, že prenatální péče je přemrštěná, ženy stresuje a těhotenství je bráno spíše jako nemoc, která by se měla léčit, a ne jako přirozený stav. Nerada bych ve své práci zastávala takto jednostranný názor. Každá těhotná žena má právo na výběr lékaře, který ji během těhotenství bude mít na starost, a sama si může rozhodnout, která vyšetření podstoupí a která případně odmítne. Nepřísluší mi hodnotit, zda je u nás prenatální péče organizovaná správně, či není, nemám k tomu ještě dostatek praxe ani osobní zkušenost s těhotenstvím. Hodnoty perinatální úmrtnosti a mrtvorozenosti v České republice jsou ve srovnání s ostatními zeměmi na nízké úrovni, což mě přesvědčuje o dobré organizaci péče o těhotné ženy. Spíše mě jako porodní asistentku mrzí, že se o fyziologická těhotenství v České republice starají výlučně lékaři a naše způsobilost není v této oblasti zatím využívána.

V teoretické části bych chtěla stručně vysvětlit, co je stres, jak působí na organismus a jak můžeme stres zvládat. Dále popsat vznik těhotenství, jeho vývoj, změny mateřského organismu v těhotenství a fyziologickou, rizikovou a patologickou graviditu. V další kapitole je charakterizována prenatální péče, její organizace v České republice. Jsou zde zmíněny metody prenatální diagnostiky, které zahrnují biochemické a ultrazvukové screeningy a v neposlední řadě i invazivní metody prenatální diagnostiky.

V empirické části bych chtěla vyhodnotit jednotlivé otázky z dotazníku.

Ve své práci jsem si stanovila tyto konkrétní cíle:

1. Teoreticky shrnout problematiku stresu, těhotenství a prenatální péče v České republice.
2. Zjistit pocity, které v ženách vyvolalo zjištění těhotenství.
3. Posoudit, jaké pocity se objevily u žen v průběhu těhotenství.

4. Zjistit, zda nějaká vyšetření vyvolávala u těhotných žen negativní emoce a která vyšetření to byla.
5. Posoudit na vybrané otázce, zda ženy, jejichž těhotenství probíhalo fyziologicky, měly během těhotenství rozdílné emoce než ženy, jejichž těhotenství bylo rizikové (patologické).
6. Porovnat na dvojici vybraných otázek, zda byly rozdílné pocity při zjištění těhotenství u žen, které ho neplánovaly, a u žen, které těhotenství plánovaly.
7. Zhodnotit, kdo ženy během těhotenství informoval o nutnosti podstoupení a způsobu provedení jednotlivých vyšetření.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Stres

1.1.1 Vymezení základních pojmů

Přestože si mnoho lidí dokáže představit, co se pod často používaným a částečně abstraktním termínem *stres* skrývá, neexistuje jednotná definice, na které by se vědci za desítky let výzkumu shodli. Existuje celá řada definic, zmiňují ty nejzásadnější:

„Stres je stav: projevuje se specifických syndromem, který sestává ze všech nespecificky navozených změn uvnitř biologického systému (Hans Selye v roce 1978). Stres přináší ohrožení pohody a zahrnuje nepříjemné emoce (Richard S. Lazarus v roce 1975). Novější definice říká, že stres je reakce na nerovnováhu mezi vnímaným požadavkem a vnímanou schopností tomuto požadavku vyhovět (Sutherland v roce 1997).“ (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 240)

Stres je vnímán jako soubor regulačních mechanismů nastupujících při ohrožení vnitřní homeostázy. Reakce organismu na stresor je na neurohormonální úrovni a je spojena s aktivací hormonů osy hypofýza - nadledvinky spolu s reakcí centrálního nervového systému. (Vašina, Strnadová, 1998)

Pojem stres je často nesprávně zaměňován se slovem zátěž. Zátěž by měla být vnímána jako takový požadavek vnějšího i vnitřního prostředí, se kterým je člověk schopen se vyrovnat, zatímco termín stres vyjadřuje takovou kvalitativní i kvantitativní úroveň požadavků, se kterou se již člověk není schopen (alespoň momentálně) vyrovnat. (Renaudová, 1993)

Podle kvality prožitku jsou rozlišovány dvě formy stresu – eustres (dobrý) a distres (špatný stres). Eustres vyvolávají vjemy, které považujeme za příjemné, a naopak distresem rozumíme záporný a s nelibostí prožívaný stres. (Mayerová, 1997)

Podněty, které vyvolávají stres a současně také vlivy, které negativně působí na člověka, jsou nazývány stresory. Ty můžeme obecně rozdělit:

- Zátěžové životní události (tzv. live events) – stresory různé povahy a intenzity, z nichž nejvýznamnější mohou prokazatelně poškodit zdraví člověka (úmrť životního partnera, jeho těžká nemoc, rozvod, ztráta zaměstnání atd.). Celkové skóre těchto životních událostí je možné zjistit pomocí několika metod. Jednou z nich je i tzv. škálování

stresogenních situací. Autory žebříčku stresorů (viz příloha č. 2) jsou T. Holmes a H. Rahe. (Vašina, Strnadová, 1998)

- Chronické stresory – dlouhodobě působící potíže a problémy, které ovlivňují život a spokojenost člověka (např. podmínky bydlení, pracovní spokojenost, eventuelně dlouhodobé dojíždění do zaměstnání, dlouhodobá péče o nemocné členy rodiny apod.).
- Drobné denní nepříjemnosti či mrzutosti (daily hassles) – zdánlivě nevýznamné každodenní drobné, ale nelibě prožívané události (např. tlačenice v MHD, drobné výchovné problémy s dětmi atd.). (Kebza, 1997, s. 5)

Podněty vyvolávající stres můžeme dělit například i na fyzikální (hluk, změna ročního období, přírodní katastrofy), emocionální (obavy a strach, zloba a nenávist), mikrostressory a makrostressory. (Kassin, 2007)

1.1.2 Tvůrci teorie stresu

Za nejvýznamnější tvůrce teorie stresu jsou považovány tři osobnosti:

Walter Bradford Cannon (americký fyziolog) objevil význam sympatoadrenálního systému pro vznik pocitu úzkosti a strachu. Ten vede k obraně proti hrozícímu nebezpečí. Základní typ obrany se dá vyjádřit jako fight or flight (útok nebo útek) a je prototypem reakce organismu na stres. Je rovněž autorem koncepce homeostázy (stálost vnitřního prostředí organismu).

Hans Selye, který se věnoval endokrinologii, v roce 1936 popsal obecný adaptační syndrom (general adaption syndrome GAS), kterým popisoval biologickou reakci organismu na utrpení a neochabující fyzikální (tělesný nebo hmotný) tlak (stres). GAS má tři fáze: První fází je poplachová reakce, kdy je aktivován autonomní nervový systém. Problematicke reakce organismu na stres se blíže věnuje následující kapitola. Následuje fáze rezistence organismu a závěrečnou fází je vyčerpání, které nastává v případě, že v předchozí fázi se organismus se stresorem nevyrovnal.

Richard Stanley Lazarus se zabýval se obecnou teorií stresu, přizpůsobením a osobností v oblasti klinické psychologie. Stres podle Lazaruse nemůže být objektivně vymezen. To, co rozhoduje o přítomnosti stresu, je způsob, jakým vnímáme, neboli ohodnotíme situaci. „*Stres prožíváme v okamžiku, kdy situaci vnímáme jako přesahující naše osobní adaptační zdroje.*“ (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 242) Je považován za zástupce psychologického modelu stresu. Udává dva ústřední procesy: Primárně myšlenkově hodnotíme hrozbu (cognitive appraisal) a sekundárně nastává zvládání stresu neboli coping. (Baštecká, Goldmann, 2001)

1.1.3 Reakce organismu na stres

Stresovou reakcí je aktivován hypotalamus, který má vliv na řízení sympatického a adrenokortikálního systému. Sympatický systém odpovídá na impulzy z hypotalamu aktivací různých orgánů a hladkého svalstva. Výsledkem je např. zvýšení srdeční frekvence či uvolnění adrenalinu a noradrenalinu z dřene nadledvinek. Adrenokortikální systém se aktivuje po vyloučení kortikotropinu z hypotalamu. To způsobí uvolňování ACTH (adrenokortikotropní hormon) z hypofýzy, což stimuluje v nadledvinkách a dalších endokrinních žlázách uvolnění celé řady dalších hormonů.

Pro svou funkci je hypotalamus nazýván mozkovým centrem stresu. Kombinovaný účinek různých stresových hormonů a činnost autonomního nervového systému tvoří reakci boj nebo útěk. Bez ohledu na druh stresoru reaguje organismus dle předem stanoveného schématu. Je potřeba rychlý přísun energie, a tak je z jater uvolňována glukóza, která je nezbytná pro činnost svalů. Do krve jsou uvolňovány hormony, které stimulují přeměnu tuků a bílkovin na cukr – metabolismus se celkově zvyšuje. Dochází ke snižování činností, které nejsou pro organismus nezbytné, například trávení. Naopak se zvyšuje srdeční a dechová frekvence a svalový tonus. Dochází k vazokonstrikci, aby se snížilo případné krvácení. Vysychá hlen a sliny, aby mohlo plicemi proudit více vzduchu. Slezina vylučuje více červených krvinek, aby byl po těle lépe rozváděn kyslík a bílých krvinek jako obranu proti infekci. (Křivohlavý, 2001)

Po stresové události převezme řízení parasympatický nervový systém a organismus je znovu uváděn do klidového stavu. Zpomalí se srdeční frekvence, dýchání, poklesne krevní tlak, obnoví se produkce slin a činnost trávicího systému. (Kassin, 2007)

1.1.4 Příznaky stresu

Jak jsem již zmínila v předchozích kapitolách, tělo na stres může reagovat různými způsoby. Zde je uveden přehled příznaků stresu, které zmínila Světová zdravotnická organizace.

1. Fyziologické příznaky stresu: Bušení srdce; bolest a sevření za hrudní kostí; nechutenství a plynatost v břišní oblasti; křečovitě a svírající bolesti břicha; časté nucení na močení; sexuální impotence a nedostatek sexuální touhy; změny v menstruačním cyklu; bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou; svalové napětí v oblasti krční a dolní části páteře, často spojené s bolestmi v těchto částech těla; úporné bolesti hlavy; migréna; exantém; nepříjemné pocity v krku; dvojité vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod.

2. Emocionální příznaky stresu: Prudké a výrazně rychlé změny nálady; nadměrné trápení se s věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité; neschopnost projevit emocionální náklonnosti, sympatizování s druhými lidmi; nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled; nadměrné snění a stažení se ze sociálního styku, omezení kontaktu s druhými lidmi; nadměrné pocity únavy a obtíže při soustředění pozornosti; zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost.

3. Behaviorální příznaky stresu: Nerozhodnost a do značné míry i nerozumné nářky; zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci, nehodách a úrazech; sklon ke zvýšené nehodovosti a nepozornému řízení auta; zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, vyhýbání se odpovědnosti a častější podvádění; zvýšené množství vykouřených cigaret za den; zvýšená konzumace alkoholických nápojů, větší závislost na drogách, zvýšené množství tablet na uklidnění a léků na spaní; ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání; změněný životní rytmus; snížené množství vykonané práce a nekvalitnost práce. (Křivohlavý, 1994)

1.1.5 Způsoby zvládání stresu

Pro zvládání zátěže neboli zvládání stresové situace používáme termín coping. Toto slovo v angličtině znamená umět si poradit a vypořádat se s téměř nezvládnutelnou situací. Je však nutné odlišovat od sebe termíny adaptace a coping, oba dva jsou spjaté s aktivitou člověka v těžké situaci. Adaptací rozumíme vyrovnávání se se zátěží, která je v mezích normy. Coping označuje střetnutí člověka s nadlimitní zátěží, která navíc trvá mimořádně dlouho. Jak uvádí Lazarus, rozlišujeme primární a sekundární hodnocení stresové situace, které není jednorázovou záležitostí, ale je třeba ho provádět opakovaně, neboť se situace může měnit.

Význam slova strategie chápeme jako umění vésti armádu v boji s nepřítelem. (z řečtiny stratos = armáda a agein = vésti). Obecně tím tedy rozumíme vypracování plánu, kterým dosáhneme určitého cíle. Volba strategie zvládání těžkých životních situací složitý myšlenkový proces. Při volbě strategie jsou brány v úvahu tři oblasti: kognitivní (myšlenkovou), emocionální (citovou) a volní, projevující se chováním toho, kdo se pro danou strategii rozhodl. V kognitivní sféře jde o myšlenkové řešení vyrovnání se s náročnou situací. Jedinec v myšlenkách prochází situace, které by nastaly, kdyby jednal tím či oním

způsobem. V emocionální sféře bereme při volbě strategie v úvahu vše, co se týká citů zúčastněných osob. Ve volní oblasti je zahrnuto chování toho, kdo se stresem bojuje. (Vašina, Strnadová, 1998)

1.1.5.1 Nebezpečné a poškozující copingové strategie

Člověk, který se ocitá v negativním stresu, se snaží tento stav změnit, zbavit se napětí a nějakým způsobem si ulevit. Někomu k tomu může posloužit cigareta, drogy nebo alkohol, což mu přinese chvilkovou úlevu a zapomnění na to, co ho trápí a tíží. Hans Selye uvádí: *„Drogy, alkohol, káva, přejídání zastírají příznaky stresu. Přehluší je však jen na chvíli. Euforii a uměle vytvořeným pocitem je mi dobře, zastírají pravou skutečnost. Tyto formy úniku ze stresových situací se snadno samy stávají stresory, a tak značně zhoršují stresovou situaci v našem životě.“* (Vašina, Strnadová, 1998, s. 246)

1.1.5.2 Obranné mechanismy ega

Funkcí obranných mechanismů je zkreslovat skutečnost v situacích, kdy jedinec nedokáže zvládnout konflikt. Jedná se o automaticky nastupující nevědomé procesy. Objevení obranných mechanismů je považováno za poměrně nejoriginálnější příspěvek S. Freuda k našemu porozumění nepřiměřeným způsobům chování lidí. S. Freud sám popsal celkem devět druhů obranných mechanismů:

- vytěsnění obtížných situací a nepříjemných zážitků z vědomí – tzv. represe
- sestup do vývojově mladšího stadia – tzv. regrese
- sebeobviňující chování
- chování, které je v protikladné tomu, co by daná osoba ve skutečnosti sama nejraději udělala – tzv. reaction formation
- odčinění chyby opravou původního jednání
- promítání vlastních záměrů do volní sféry druhých lidí – tzv. projekce
- opak projekce, tzv. introjekce, promítnutí údajů zvenčí do vlastního nitra
- vyhýbání se styku a jednání s druhými lidmi – tzv. sociální izolace
- formování opačných postojů, než daná osoba ve skutečnosti zaujímá – tzv. reversal

K základnímu souboru devíti obranných mechanismů přidala Anna Freudová další: *„Identifikaci s agresorem, altruistické sebepodání, popírání a intelektualizaci. V minulých letech byly k tomuto souboru připojeny další. Dnes v psychologické literatuře najdeme přibližně čtyřicet různých druhů obranných mechanismů.“* (Vašina, Strnadová, 1998, s. 247)

Obecně můžeme říci, že obranné mechanismy stresovou situaci nemění, ale mění způsob, jak

ji člověk vnímá. Pokud se obranné mechanismy stanou převládajícím způsobem reakce na problémy, řadíme je do maladaptace.

1.1.5.3 Jak se bránit proti stresu

Pokud člověk nezná své schopnosti a odolnost vůči zátěži, nemůže se stresu účinně bránit. Jedním ze způsobů je tedy sebepoznání. Pokud to nezvládne jedinec sám, je řada odborníků, kteří mu s tím mohou pomoci. Sám pro sebe by měl každý zjistit, které věci a vnější podněty ho vyvádějí z míry a jakým způsobem se s nimi dokáže vyrovnat. Pozorování sebe sama může být tedy jedním z dalších způsobů vedoucích k úspěšnější obraně proti stresu. Přestože je každému jednotlivci řada vlastností dána, je na něm, jakým způsobem je bude dál pozitivně či negativně ovlivňovat. Ochranné dispozice a osobní vlastnosti by měl dále rozvíjet a naopak rizikové zmírňovat či odstraňovat.

Umění relaxovat, zbavit se napětí, odpočinout si a nabrat síly je jedna z nejdůležitějších obranou proti vlivu stresorů. (Kebza, 1997)

1.2 Těhotenství

1.2.1 Vznik a vývoj těhotenství

1.2.1.1 Oplození a vývoj oplozeného vajíčka

Pohlavní buňky, spermie a vajíčka se liší od somatických buněk tím, že obsahují poloviční počet chromozomů, tedy 23. Při oplození, kdy se spojí vajíčko a spermie, se obnovuje počet chromozomů na 46, tudíž je obsažena genetická informace jak matky, tak otce. K oplození dochází v ampule vejcovodu, kde oocyt obklopí spermie a adherují k jeho povrchu, to vyvolává akromozovou reakci, při které spermie překonává bariéru tvořenou zona pellicula. Fagocytozou pouze jedna spermie proniká do vajíčka. Oocyt se tak stává nepřístupným průniku dalších spermií. Spojením jádra vajíčka a jádra spermie vzniká zygota, která se začíná dělit a postupně vytváří morulu. Během dělení se posouvá vajíčko vejcovodem směrem do dělohy, kam za 6 dní po ovulaci doputuje ve stádiu blastocysty. Blastocysta se přichytává embryonálním pólem k deciduální sliznici dělohy, kde rozruší trofoblastem deciduální buňky a blastocysta niduje a implantuje se do děložní sliznice a tím se dostává do kontaktu s mateřskou krví. V další fázi, ve které je velmi intenzivní buněčné dělení, vzniká embryo. (Trojan, 2003)

1.2.1.2 Vývoj embrya a plodu

V pátém týdnu těhotenství se vytváří gestační váček jako základ pro budoucí placentu a objevují se již náznaky krevního řečiště. Založeny jsou již všechny tři zárodečné listy (ektoderm, entoderm a mezoderm), ze kterých vznikají specializované tkáně. Z nich se vyvinou další buňky jako základy orgánů a tkání: ektoderm je základem pro nervový systém, kůži a smyslové buňky uší a očí, entoderm je základem pro orgány trávicí trubice, játra, žlučník společně se žlučovými cestami, pro slinivku břišní, štítnou žlázu a plíce a mezoderm je základem pro kosti, svaly, vazivo, cévy, ledviny a částečně pohlavní orgány. Placentární část gestačního váčku začíná postupně přebírat výživu zárodku a hormonální aktivitu. Nahrazuje v této funkci žluté tělísko, které doposud tvořilo řadu hormonů. Po převzetí funkce žlutého tělíska placentou tělísko zaniká a mění se ve vazivovou jizvu.

V šestém týdnu těhotenství se zárodek začíná výrazně měnit. Nastává období embryonální organogeneze, kdy ze zárodečných listů začínají vznikat jednotlivé orgány. Zárodek začíná měnit tvar a vznášet se v děložní dutině v plodové vodě a s povrchem

gestačního váčku je spojen pupeční šňůrou. V srdci zárodku se začínají tvořit srdeční komory a síně a srdeční činnost je znatelná zhruba od 23. dne po koncepci. Také jsou vytvořeny základní struktury centrální nervové soustavy - mozku a míchy. Jsou utvořeny základy pro sluchový aparát. Z pruhovitého shluku buněk uloženého za tělní dutinou vzniká jak vylučovací systém, tak velká část pohlavních orgánů. U muže i ženy se tyto orgány vyvíjejí ze stejných základů.

V sedmém týdnu těhotenství se v srdci embrya začínají tvořit chlopně. Mozek se rozděluje na jednotlivé okrsky. Vznikají základy pohlavních orgánů, svalů, nervů a krvetvorné tkáně. Na hlavě embrya se objevují výstupky pro oči a nepárový základ pro nos a ústa.

V osmém týdnu těhotenství se oproti trupu zvětšuje hlava zárodku a ohýbá se dopředu. Na končetinách se vytvářejí náznaky jednotlivých částí a objevují se známky prstů. V tomto týdnu se začíná zárodek již pohybovat. Zakládá se oční čočka, do vznikající oční jamky se vychlipuje do očního pohárku, ten tvoří základ sítnice. Zakládají se plíce, jícen a základ žaludku. Střevní trubice se začíná dělit na tenké a tlusté střevo. V játrech se diferencují cévy a jaterní laloky. Dále jsou utvořeny základy pro žlučník, žlučové cesty a slinivku břišní. V základu ledvin se rozvětjuje močovod a rozšiřuje se ledvinná pánvička. Vyústění základu močového měchýře je společné pro močový a střevní systém. Pohlavní systém je zatím shluk buněk.

V devátém týdnu se proměňují končetiny zárodku, jsou již znatelné meziprstní štěrby. V mozku pokračuje dělení buněčných okrsků a je utvořena síť cév, která ho bude zásobovat krví. Z krční části míchy začínají vyrůstat nervy, mícha je obalena buňkami, které jsou základem pro míšní obaly. Zřetelně vidíme pigmentaci v oční sítnici. V oku začíná tvorba slzného kanálku. Základy sluchových orgánů jsou již diferencovány na tři části: zevní, střední a vnitřní ucho. Jsou vytvořeny základy pro mléčné zuby a je utvořen dolní ret.

V desátém týdnu těhotenství se ukončuje embryonální vývoj, za jeho konec považujeme srůst okrajů očních víček. Nyní již mluvíme o plodu, který je 3-4 cm velký a váží 3-5 gramů. Hlava je stále výrazně větší proti tělu, ale plod má zřetelně lidskou podobu. V srdeční svalovině vznikají krevní cévy. Mozek se dále rozšiřuje a zaznamenáváme v něm vznik elektrických impulsů. V míše se začínají projevovat první reflexy: při podráždění obličeje se plod začne hýbat a otevírá ústa. Pozorujeme pohyby i v tlustém střevě, kde vzniká základ konečníku. V tomto období jsou již založeny základy všech orgánů.

Ve třetím měsíci je plod zhruba 9 cm velký a váží přibližně 20 g. Na končetinách jsou utvořeny prsty a ruce se prodlužují. Kostru prozatím tvoří chrupavčitý základ. Ze společného

základu se vytvářejí pohlavní orgány, avšak není je možné zatím rozlišit při ultrazvukovém vyšetření. V srdci jsou vyvinuty chlopně mezi síněmi a komorami. V mozku se začíná utvářet mozková kůra. Obličej začíná mít zřetelné rysy: oči jsou přesunuty dopředu hlavy, jsou kryty víčky, jsou již vyrýsovány rty. V trávicí soustavě jsou vyvinuta játra. Žaludek tvoří svalovina a utváří se také systém žaludečních šťáv. V tenkém i tlustém střevě je utvářeno svalstvo a žlázy. Ledviny jsou dokončeny a do plodové vody se vylučuje moč. Vývoj placenty je již dokončen.

Ve čtvrtém měsíci těhotenství je plod velký asi 16 cm a váží přibližně 120 g. Tělo pokrývá jemná, červená a svraštělá kůže, podkožní tuk není zatím vytvořen. Celý povrch těla pokrývá lanugo. Dále se vyvíjí mozková kůra a hmat. Začínají fungovat chuťové pohárky a vytvářejí se základy trvalých zubů. V kostře stále probíhá tvorba kostní tkáně.

V pátém měsíci těhotenství je plod dlouhý 25 cm a má hmotnost okolo 250 g. Začíná růst vlasů a nehtů. Podkožní tuk je jen v tenké vrstvě. Dělení nervových buněk je téměř dokončeno, hmotnost mozku se přesto zvyšuje asi o 90 g měsíčně, vytváří se zde okolo buněk další hmota, bez které by mozek nebyl schopen pracovat. Srostlá víčka se od sebe začínají oddělovat. Žaludeční žláza a slinivka břišní začínají produkovat šťávy. Průdušky jsou rozvětvené a vytváří se v nich plicní výstelka. V plicích jsou vyvinuty jak hlavní cévy, tak i tepny a žíly. Ledviny mají vytvořenou základní vnitřní strukturu. U děvčat je tvořena struktura vaječníků, v těle dělohy se začíná utvářet hladké svalstvo a ve vyústění pochvy základy panenské blány. U chlapců jsou ve varlatech přítomny semenné kanálky.

V šestém měsíci těhotenství má plod délku asi 30 cm a váhu okolo 600 g. V dýchacích cestách probíhá tvorba sliznice a v jejich okolí se začínají tvořit shluky buněk, které budou mít do budoucna vliv na imunitu dítěte. Plod má fáze bdění a spánku a reaguje na vnější zvuky. Obličej má stále výraznější rysy: je viditelné obočí, nos je výrazněji vyrýsovaný, zvětšují se uši a vytváří se krk. Objevuje se sací reflex, plod si cucá paleček nebo občas mívá škytavku.

V sedmém měsíci těhotenství je plod 35 cm dlouhý a jeho váha je zhruba 1200 g. Prostor v děloze se zmenšuje, proto se plod pohybuje méně. V srdci spolu stále komunikují pravá a levá síň díky otevřené arteriální dučejí. Na povrchu mozku se začínají vytvářet závitky. Vývoj plic je již dokončen a v jejich tkáni se začíná vytvářet surfaktant, který po porodu umožňuje správné rozvinutí plic. Oči plodu jsou již zcela otevřené. Sluchové ústrojí je plně vyvinuto a plod vnímá zvuky a reaguje na ně, například trhnutím na bouchnutí dveří.

V osmém měsíci těhotenství měří plod okolo 40 cm a váží 1800 g. V tomto období zaujímá polohu, která ve většině případů zůstává až do porodu. Kůže je napínána vrstvou

podkožního tuku a lanugo je postupně nahrazováno mázkem. Stále se tvoří obaly nervových buněk mozku, míchy a ostatních nervů. Kosti plodu sílí a prodlužují se.

V devátém měsíci těhotenství je plod 45 cm dlouhý a jeho váha je zhruba 2700 g. Podkožní tukový polštář je již plně utvořen, kůže je napjatá, vrásky mizí. Ochranná vrstva kůže se odlupuje. Na lebce zůstávají dvě neuzavřené vazivové plošky – fontanely. Ve vaječnících děvčat jsou vytvořeny folikuly s vajíčky.

V termínu porodu má plod všechny známky zralosti, měří 48 – 50 cm a váha je vyšší než 2700 g. Kůže je napjatá, je pokrytá mázkem a lanugo téměř vymizelé. Jsou vytvořeny nosní i ušní chrupavky, nehtíky plodu jsou na úrovni špiček prstů. U chlapců jsou varlata sestouplá do šourku. U děvčat jsou malé stydké pysky překryty velkými. V mozku je dokončena výstavba cév. Vlákná nervových buněk mají definitivní délku a větvení. (Pařízek, 2006)

1.2.2 Trvání těhotenství

Těhotenství trvá průměrně 280 dnů s variací od 266 do 280 dnů, tato odchylka je způsobena individuálními rozdíly v délce cyklu a nepravidelnostmi ovulace. Porod v termínu je narození dítěte ve 38. až 42. týdnu. Před 37. dokončeným týdnem nazýváme porodem předčasným a po skončení 42. týdne porod opožděným.

Termín porodu stanovujeme:

- podle Naegeleho: od prvního dne poslední menstruace odečteme 3 měsíce a připočteme 7 dnů
- k datu termínu oplozující soulože přičteme 266 dnů, tj. 38 týdnů
- k datu prvních pociťovaných pohybů plodu u nulipary, která cítí pohyby nejčastěji ke konci 20. týdne gravidity, přičteme 140 dnů (20 týdnů), u multipar, které cítí pohyby o 14 dní dříve, v 18. týdnu přičteme 154 dnů (22 týdnů). (Zwinger et al., 2004)

1.2.3 Diagnostika těhotenství

Podle specifity dělíme znaky těhotenství na nejisté, pravděpodobné a jisté.

Mezi nejisté příznaky patří ty, které přivádějí ženu k vyšetření. Multigravidy je již znají a často si pak utvoří diagnózu samy. Řadíme sem změny chuti, změny nálad, ranní zvracení, nevolnosti, pytalismus, častější močení. Zvýšenou pigmentaci linea fusca a bradavek.

Do pravděpodobných příznaků těhotenství patří:

Amenorhea – vždy při podezření na těhotenství zjišťujeme datum poslední menstruace, pravidelnost cyklu v minulosti, pohlavní styk v posledním měsíci a kontracepci. Těhotenství může probíhat i s krvácením v době menstruace, většinou je ale krvácení menšího rozsahu. K objasnění amenorhey při nejasném palpačním nálezu můžeme využít progesterinového testu. Při něm se jednorázově podává 60 mg progesteronu intramuskulárně a do 10 dnů by měla žena začít menstruat. Pokud ne, je příčinou amenorhey právě gravidita nebo nedostatečná tvorba estrogenů k proliferaci endometria.

Dalšími příznaky jsou pocity napětí prsů, plnosti prsů, zvětšení Montgomeryho žlázek, sekrece kolostra a rozvoj pigmentace a změn na kůži. Nejvýraznějším znakem jsou změny na sliznici pochvy a na děloze. Děloha se zvětšuje a je prosáklá.

Mezi palpační znaky těhotenství řadíme: Dickinsonovo znamení – v místě nidace plodu je děložní stěna měkčí. Piskáčkově znamení – vyklenutí dělohy v místě nidace vajíčka, dále Hegarovy znaky – měkčí istmus dělohy vytváří dojem, že děložní hrdlo a tělo je možné oddělit a na přední straně dělohy lze při bimanuálním vyšetření vytvořit řasu. Gaussův znak – děložní hrdlo je zvýšeně pohyblivé bez současného pohybu děložního těla. Pawlikův manévr na zjištění ballottementu plodu – prudším pohybem vnitřní vyšetřující ruky proti děložnímu hrdlu lze vyvolat posun naléhající hlavičky ke konci 4. měsíce gravidity.

Pohyby plodu jsou příznakem velmi pravděpodobným, mohou být však zaměňovány s peristaltikou. (Zwingwer et al, 2004)

Jisté znaky těhotenství zahrnují: Průkaz lidského choriogonadotropinu, který je produkován syncytiotrofoblastem placenty. Těhotenské testy jsou založeny na jeho průkazu v krvi nebo v moči. Průkaz plodového vejce ultrazvukem detekuje gestační váček od 4. - 5. týdne gravidity. Od 6. týdne zobrazuje i srdeční akci plodu.

1.2.4 Změny mateřského organismu v těhotenství

Rozlišujeme 4 zásadní procesy, kterými se mateřský organismus přizpůsobuje těhotenství:

- růst tkání, např. hypertrofie rodidel a prsů, někdy zvýšené ochlupení (hypertrichosis gravidarum) a hyperplazie periostu s určitými rysy akromegalie,
- retence tekutin ve tkáni způsobená hormonálními vlivy, např. prosáknutí vulvy a vagíny,
- relaxace hladkého svalstva pod vlivem progesteronu, v první řadě uvolnění dělohy, ale i dilatace a snížená peristaltika střev, močových a žlučových cest,

- všeobecné funkční přizpůsobení zvýšeným nárokům během těhotenství, např. zvětšení cirkulujícího objemu krve, zvýšení srdeční činnosti a prokrvení ledvin i celkové zvýšení metabolické a endokrinní aktivity.“ (Čech a kol., 1999)

Děloha se během těhotenství zvětší z 50 g před graviditou na 1000g v termínu porodu, kapacita děložní dutiny se až 500krát zvýší - až na 5 litrů. V druhé polovině těhotenství se děložní stěna zvětšuje rozepínáním, ztenčuje se, ale zůstává měkká a relaxovaná díky vlivu progesteronu. Růst dělohy ovlivňují estrogeny, progesterony a přímé působení rostoucího plodového vejce. Děloha těhotné ženy je v klidu až do okamžiku, kdy je plod zralý a životaschopný mimo tělo matky. Také vagina v těhotenství hypertrofuje a prodlužuje se, to umožňuje vzestup rostoucí dělohy z malé pánve. Poševní sliznice je v těhotenství ztlustělá, měkká, prosáklá a palpačně měkká, pH vaginálního sekretu klesá na 4,0, což tvoří ochranu proti patogenním organismům, ale naopak podporuje růst plísní. Proto se v těhotenství setkáváme častěji s vaginitidami způsobenými *Candidou Albicans*. Na prosáklé a překrvené vulvě můžeme pozorovat dilatované, až varikózní podkožní žíly. Zvyšuje se pigmentace kůže, což na genitálu způsobuje tmavé zbarvení stydkých pysků.

Další změny nastávají v objemu krve a plazmy, ten se zvyšuje, aby bylo zajištěno dostatečné prokrvení placenty a dělohy a aby byly uspokojeny nároky na zvýšený transport kyslíku. Dochází k poklesu koncentrace hemoglobinu, protože je zvětšení objemu plazmy větší než zvětšení objemu krvinek. Počet trombocytů v těhotenství se nemění, případně lehce klesá. Sedimentace erytrocytů má omezenou diagnostickou hodnotu, protože je v těhotenství zvýšená. Těhotenstvím je ovlivněn také koagulační systém, zvyšuje se srážlivost krve. (Čech a kol., 1999)

Dalším systémem, kde nastávají velké změny, je krevní oběh. Zhruba o 40 % se zvyšuje minutový srdeční objem, závisí to na zvýšení srdeční frekvence a na vyšším systolickém objemu. Systolický tlak krve bývá nezměněn, ale diastolický tlak klesá, nejnižší bývá kolem 20-24 týdnu gravidity. Srdce matky bývá zvětšené a jeho poloha poněkud změněna vytlačením bránice dělohou. Koncem těhotenství dochází tlakem velké dělohy k určité žilní stáze a otoku dolních končetin. V těhotenství nastává periferní dilatace a periferní rezistence oběhu klesá až o 50 %. Prokrvení ledvin a kůže je silně zvýšeno a průtok krve dělohou se mnohonásobně zvětší. (Čech a kol., 1999)

V dýchacím systému je změněné postavení bránice. Je postavena výš a je omezena její pohyblivost, dýchání těhotných je proto brániční a prohloubené. Zvětšuje se respirační objem

a minutová ventilace, frekvence dýchání zůstává stejná. Stoupá spotřeba kyslíku o 20 % a minutová ventilace o 50%, tím vzniká hyperventilace a pokles alveolárního i arteriálního parciálního tlaku oxidu uhličitého.

Změny v gastrointestinálním systému způsobují u většiny žen mezi 6. a 14. týdnem těhotenskou nauzeu a někdy až zvracení. Obvyklým problémem je také pálení žáhy, které je pravděpodobně způsobené relaxací sfinkteru kardie a regurgitací žaludečního obsahu do jícnu. U těhotných je snižena tvorba žaludečních šťáv a motilita žaludku, což vede k jeho zhoršenému vyprazdňování. Progesteron snižuje také motilitu střev, což vede k zácpě, k jejímu výskytu také přispívá zvýšená reabsorpce sodíku a vody v tlustém střevě. U těhotných se mění dietní zvyklosti a zvětšuje se chuť k jídlu a pocit žízně. (Page, 2000) U některých žen můžeme pozorovat nezadržitelnou chuť na neobvyklé látky, jako je mýdlo, uhlí, omítka a podobně, nazýváme to pica syndrom. (Čech, 1999)

Charakteristickými změnami ve vylučovacím systému je zvětšení ledvin a dilatace vývodného systému. Ledviny se prodlužují o 1 – 1,5 cm, současně se dilatují ledvinné pánvičky do obsahu až 60 ml (u netěhotných žen je obsah 10 ml). Uretery jsou dilatovány více vpravo před vstupem do malé pánve. Zvyšuje se stáza moči, což vede ke zvýšenému výskytu infekcí vývodného močového systému, jako jsou asymptomatické bakteriurie, pyelonefritidy apod.

Těhotenstvím jsou také ovlivňovány všechny endokrinní orgány. Hormonální situaci nejvíce ovlivňují pohlavní hormony produkovány placentou. V hypofýze klesá produkce gonadotropinu, ale zvyšuje se sekrece prolaktinu, ACTH, TSH a MSH. Zadní lalok hypofýzy produkuje oxytocin začátkem porodu a během laktace. V nadledvinách stoupá tvorba kortikoidů, jejich zvýšená koncentrace pravděpodobně vede ke tvoření atrií, glykosurii a hypertenzi v těhotenství. Štítná žláza u těhotných zvyšuje až dvojnásobně svou velikost, což je následkem zvýšené exkreční schopnosti ledvin – snižuje se plazmatická koncentrace jodu a koloidní látky se zvýšeně ukládají ve štítné žláze.

Během těhotenství stoupá bazální metabolismus o 15 – 20 %, což se dříve přičítalo hypertyreoidismu, ale příčinou je zvýšená spotřeba kyslíku organismu a zvýšená zátěž na krevní oběh a dýchání. Tělesná hmotnost se během těhotenství zvyšuje v průměru o 12,5 kg. Nejvyšší přírůstek je v druhé polovině těhotenství a je způsoben zadržováním tekutin ve

tkáních. Po porodu dochází k relativně rychlému úbytku tělesné hmotnosti. V průměru váží matka na konci šestinedělí o 3 kg více než před těhotenstvím. (Zwingar et al., 2004)

1.2.5 Riziková a patologická gravidita

Přestože většina těhotenství probíhá fyziologicky, u jedné třetiny těhotenství se vyskytnou rizikové faktory a pokud by těhotné nebyla provedena určitá preventivní ošetření, mohla by vzniknout těhotenská patologie. Je proto důležité určit možné rizikové faktory již v začátku těhotenství během prvních návštěv v prenatální poradně. Všeobecný screening je u rodičky součástí anamnézy, plynou z ní rizikové faktory zjištěné z demografické, sociální, rodinné a osobní části.

Z demografických faktorů jsou rizikové: věk nižší než 17 let, manželský stav (rozvedená, vdova), socioekonomický stav (špatné bytové podmínky, hrubost partnera, alkohol), výživa (vegetariánka, anorexie, avitaminóza), zaměstnání (zdravotnictví, chemický průmysl, horké provozy). V porodnické anamnéze je riziková: parita vyšší než 3 (riziková multipara), ektopická gravidita v anamnéze, opakované spontánní potraty, komplikace v předchozí graviditě (krvácení, diseminovaná intravaskulární koagulopatie).

Rizikovými faktory v osobní anamnéze je: kouření více jak 10 cigaret denně, alkoholismus, tvrdé drogy, vážná interní onemocnění, abúzus léků, břišní operace, transfuze, problémy při narkóze (resuscitace). Z gynekologické anamnézy: infertilita, antikoncepce, nepravidelnosti cyklu, infekce (HIV, syfilis, herpes). V rodinné anamnéze je riziko ve výskytu: vrozených vývojových vad, diabetu mellitu, hypertenze, onemocnění ledvin, trombofilie, hepatitida B, C.

Rizikové faktory, které se objevují v průběhu gravidity jsou: vícečetné těhotenství, krvácení, změny frekvence pohybů, malpozice plodu, změny množství plodové vody.

Rizikové faktory zjištěné na podkladě základních vyšetření jsou: vyšetření moče (cukr, aceton, krev, bílkovina), přítomnost nepravidelných protilátek v krvi matky, pozitivní sérologická vyšetření: HIV, BWR, triple test, změny plodu při rutinním ultrazvukovém vyšetření, změněný cytologický nález, hypertenze zjištěná na podkladě pravidelných kontrol tlaku krve.“ (Hájek a kol., 2004)

1.2.6 Psychická adaptace na těhotenství

Adaptovat se znamená přizpůsobit se změnám stavu. Těhotenství provázejí nejen somatické, ale i psychické změny, které se projevují především v emocionalitě a citové

reaktivitě. Intenzita a vnímání těchto změn těhotnou ženou závisí především na přístupu a osobnosti těhotné a z velké části i na vlivu a přístupu jejího okolí. Faktory, které ovlivňují kvalitu adaptace na těhotenství:

- Je gravidita neplánovaná, chtěná či vytoužená?
- Je to první těhotenství ženy?
- Jaké bylo předchozí těhotenství?
- Žije těhotná v harmonických partnerských a rodinných vztazích?
- Má nebo nemá žena zdravotní potíže?
- Má nebo nemá žena dobré sociální zázemí?

Během těhotenství se prolínají tři emocionální období. V prvním období je těhotná žena zaměřena převážně na sebe, těhotenství teprve zjišťuje, uvědomuje si změnu stavu. Sleduje vlastní tělo a snaží se těhotenství přijmout. Emočně je pro toto období typická rozladěnost, nejistota a náladovost, což má také svůj podklad v hormonálních změnách. V druhém období si žena začíná uvědomovat existenci plodu, cítí za něj odpovědnost a přijímá plod jako samostatného jedince. Snaží se podporovat zdárný průběh těhotenství. Třetí období je fáze, kdy se žena připravuje na porod a příchod nového jedince na svět. Zároveň chce mít tento okamžik za sebou co nejdříve, ale zároveň se ho obává. (Čech, 1999; Pařízek 2006)

1.3 Prenatální péče

1.3.1 Charakteristika prenatální péče

Smyslem prenatální péče je všestranné zabezpečení těhotné ženy, především důsledná prevence všech chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu těhotenství, se zajištěním všech diagnostických a terapeutických opatření.

Pro vlastní potřebu diferencujeme těhotenství takto:

1. Fyziologická – těhotenství s normálním průběhem, bez předběžné zátěže
2. Riziková – těhotenství zatím probíhá normálně, ale zahrnuje ženy s primární zátěží, ať anamnestickou nebo vzniklou v průběhu gravidity, čímž se zvyšuje pravděpodobnost rozvoje patologického stavu
3. Patologická – těhotenství s prokázaným chorobným průběhem gestace, které může vyústit až ve vitální ohrožení matky nebo poškození matky či plodu.

Příslušná péče v těhotenství musí přiměřeně odpovídat danému stavu a probíhá diferencovaně podle potřeby na různých stupních jednotlivých porodnických zařízení.“ (Čech a kol., 1999)

V České republice je prenatální péče zajišťována atestovaným specialistou v oboru gynekologie a porodnictví a je organizována sítí poraden, které se dělí:

1. Poradny základní péče – zde je koncentrována většina žen, jejichž těhotenství probíhá bez zdravotních problémů
2. Poradny s intermediární péčí – běžně jsou nazývány jako poradny pro rizikové těhotenství, je zde zajišťována péče pro ohrožená a patologická těhotenství
3. Poradny v perinatologickém centru – koncentrují se zde těhotenství s nejzávažnějšími riziky, je zde široká nabídka diagnostických a léčebných metod, péče je založena na spolupráci lékařů – specialistů z různých oborů (genetici, neonatologové, mikrobiologové apod.) (Pařízek, 2006)

Prenatální péče by měla být efektivní a akceptovatelná těhotnou ženou a neměla by ji zbytečně zatěžovat. Správně vedená péče vede ke snížení perinatální úmrtnosti a morbidit, včasnému odhalování vrozených vývojových vad. Na celém našem území je tato péče dobře dostupná na všech svých úrovních. Žena má právo si zvolit prenatální poradnu, kterou chce navštěvovat, pokud si nezvolí sama, péči jí musí zajistit poradna, která je nejbližší jejímu

bydlišti. Naopak zvolený lékař má možnost poskytnout péči pouze tehdy, vyhovují-li tomu jeho vlastní možnosti, jeho kvalifikace a hlavně stav těhotné ženy. (Hájek a kol., 2004)

V České republice je vypracováno následující schéma návštěv prenatální poradny, které by měla těhotná povinně absolvovat:

- do 23. týdne každé 4 týdny
- 24. – 32. týden každé 3 týdny
- 33. – 36. týden každé 2 týdny
- 37. – 40. týden každý týden

Lékař může frekvenci návštěv podle zdravotního stavu těhotné ženy individuálně zvýšit. (Čech a kol., 1999)

1.3.2 Průběh návštěvy v prenatální poradně

Většina žen navštíví svého gynekologa dva až tři týdny po vynechání menstruace. Pokud se její těhotenství potvrdí, je sledována v poradně pro těhotné.

Důležitou součástí první návštěvy je rozhovor mezi těhotnou ženou a lékařem vedoucí ke zjišťování anamnestických údajů. Anamnéza by měla být zjišťována aktivně, kladením cílených otázek, které by měly obsáhnout všechny souvislosti s textací. V rodinné anamnéze se pátrá po chorobách, které mají sklon k dědičnému výskytu, jako je diabetes mellitus, hypertenzí nemoc, onkologická onemocnění, vrozené srdeční vady a podobně. Velký důraz je kladen na genetické choroby, kde je v závažných případech požadována mimo ústní informace také písemnou dokumentaci. V osobní anamnéze jsou zjišťovány informace systematicky od dětských chorob až do dospělosti. Gynekologická anamnéza upřesňuje období menarché, délku a pravidelnost menstruačního cyklu, dále gynekologické záněty, nádory, vrozené anomálie a gynekologické endokrinopatie, případnou délku a způsob léčby sterility a prsních žláz. Je popsán průběh předešlých těhotenství, jejich komplikace, způsob porodu, délku gestace. Je pátráno po prodělaných potratech či umělých přerušení těhotenství a vše se píše v časovém sledu. Dále jsou zjišťovány informace o nynější graviditě, zda šlo o těhotenství plánované, chtěné, je zmiňován i socioekonomický stav pacientky. Případně se zmiňuje abúzus drog a alkoholu.

Následuje vyšetření prsů: Aspekci se zjišťuje tvar a velikost prsů, porovnáme symetrii obou prsů. Tvar je závislý na počtu porodů – nulipary mají konický či polokulovitý tvar prsu, a naopak multipary mají prsy válcovité a ochablější. Zjišťuje se přítomnost přídatných bradavek nebo nadpočetnost prsní žlázy. Následuje vyšetření palpací. Prs se prohmatává ve čtyřech kvadrantech od periferie k centru. Pokud je nahmatána rezistence, přesně je popsán její tvar, velikost, konzistenci, bolestivost. Vyšetření je doplněno ještě prohmatáním lymfatických uzlin v subaxilární a podklíčkové oblasti. Nesmí být opomenuto také kolposkopické a cytologické vyšetření děložního hrdla. (Čech a kol., 1999)

Vstupní vyšetření zahrnuje zjištění krevní skupiny a Rh faktoru, sérologické vyšetření HbsAg, HIV a BWR, rubeolu, pokud žena nedoloží podstoupení očkování. U rizikových skupin je testována toxoplasmóza a gonorrhea. Při suspektním nebo patologickém nálezů cytologického vyšetření je prováděna expertní kolposkopie a eventuelně biopsie.

Mezi základní vyšetření, která se opakují při každé návštěvě, patří měření krevního tlaku, tělesné hmotnosti a chemická kontrola moči indikačním papírkem. Je doporučováno ultrazvukové vyšetření, určení hladiny beta-hCG, PAPP-A a zjištění pH pochvy. Mezi prováděná porodnická vyšetření se řadí měření vzdálenosti fundus – spona, pelvimetrie, vaginální vyšetření, při kterém se zjišťuje cervix skóre a naléhající část plodu. Od 14. týdne těhotenství kontrola srdeční akce plodu (Dopton).

V 16. týdnu těhotenství se provádí Tripple-test (hCG, AFP, E3). Ve 20. je prováděn ultrazvukový screening. Odebírá se krev na zjištění krevního obrazu včetně počtu trombocytů. U Rh negativních žen je zjišťována hladina protilátek v krvi. Ve 24. týdnu těhotenství je odebírána kultivace z pochvy a endocervixu (aerobní a anaerobní) a u rizikových skupin také kultivace moče. U rizikových skupin je indikován orální glukózový toleranční test, který diagnostikuje gestační diabetes mellitus. Ve 28. týdnu se u Rh negativních žen opakuje vyšetření protilátek v krvi. V 28. – 32. týdnu je prováděn druhý ultrazvukový screening. Mezi vyšetření prováděná ve 36. týdnu patří odběr krve na určení krevního obrazu včetně počtu trombocytů, kultivace z pochvy zaměřená na streptokokovou infekci (GBS). Rh negativní ženy podstupují kontrolu protilátek v krvi. U rizikových těhotenství je natáčen kardiokogram. U rizikových skupin je opakováno vyšetření na HIV, BWR a gonorrheu. Mezi 38. – 40. týdnem těhotenství se opakuje kardiokogram, u rizikových skupin jsou prováděna speciální vyšetření (interní, neurologické, ortopedické apod.). Po 40. týdnu označujeme těhotenství jako prodloužené a je natáčena kardiokografická křivka každé 2 dny, vaginální vyšetření je prováděno dvakrát týdně. Ultrazvukovým vyšetřením se kontroluje stav plodu v děloze. Desátý den po termínu porodu se indikuje oxytocinový zátěžový test.

Když je těhotenství gestačního stáří 41+5 - 42. ukončeného týdne gravidity, žena je hospitalizována a porod se indukuje. (Hájek, 2004, online)

1.3.3 Biochemický screening v průběhu těhotenství:

Vyšetření prověřených biochemických ukazatelů zvýšeného rizika poruchy prenatalního vývoje je významnou součástí prevence určitých vrozených vývojových vad a spolu s ultrazukovým vyšetřením zvyšuje diagnostickou efektivitu. Patologické nálezy obou těchto vyšetření jsou nejen indikací k invazivním metodám prenatalní diagnostiky, ale vedou také ke zvýšené klinické péči o rizikové gravidity. Biochemický screening se opírá o vyšetření séra těhotných žen. Volba zkoumaných biochemických markerů se liší podle toho, v jakém trimestru vyšetření provádíme. K markerům, které mohou signalizovat zvýšené riziko poškození embrya či plodu chromozomálně podmíněnými vrozenými vývojovými vadami nebo jinými závažnými poruchami, patří alfa-fetoprotein (AFP), některé placentární proteiny a nekonjugovaný estriol.

Alfa-fetoprotein je glykoprotein, jehož syntézu můžeme prokázat od 29. týdne po početí. Tvoří se ve žlutkovém vaku a v játrech. Jeho syntéza prudce vzrůstá do 10. – 13. týdne těhotenství a pokles hodnot je nejstrmější po 16. a 32. – 34. týdnu gravidity. Funkce AFP není v těhotenství zcela známá, nejspíše má imunoregulační úlohu, což znamená, že chrání plod před imunitní reakcí mateřského organismu. Diagnostické využití AFP v prenatalní diagnostice je založeno na patologicky zvýšené propustnosti fetoplacentární bariéry, to může být důsledkem poruch uzávěru nervové trubice nebo je to způsobeno snížením biosyntézy AFP v játrech plodu u těžkých, chromozomálně podmíněných vrozených vývojových vad – například u Downova syndromu. (Hájek a kol., 2000)

Lidský choriový gonadotropin (human chorionic gonadotrophin – hCG) je syntetizován v buňkách syncytiotrofoblastu. Je to glykoprotein, který je složen z dvou podjednotek alfa a beta. Jeho hladina výrazně stoupá do 11. týdne a pak klesá zhruba o 80 % a na takové hladině zůstává až do porodu. Hlavní funkcí hCG je udržovat tvorbu progesteronu ve žlutém tělísku a pravděpodobně má také vliv na tvorbu testosteronu varlat plodu. Určování hladin hCG patří k nejdůležitějším vyšetřením nejen při screeningu chromozomálních vad, ale i jiných poruch vývoje v těhotenství – mole hydatidose a choriokarcinomu.

Inhibin je gonadální protein, který je v těhotenství syntetizován v syncytiotrofoblastu, ale jeho funkce v těhotenství je zatím neznámá. Slouží jako marker u morbus Down, kdy jeho zvýšenou hladinu zjišťujeme již v prvním trimestru.

Specifický těhotenský protein SP₁ (Schwangerschafts Protein) je také syntetizován v syncytiotrofoblastu. Jeho snížená hladina v I. trimestru upozorňuje na riziko potratu a vývoj embrya s morbus Down. V dalších fázích vývoje gravidity je snížení jeho hladin upozorněním na možnou intrauterinní růstovou retardaci plodu a na zvýšené riziko vývoje plodu s Edwardsovým syndromem (trizomie 18. chromozomu).

Vyšetření PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) se nově stává důležitou metodou screeningových vyšetření rizikových gravidit s možností vývoje plodu s chromozomálními aberacemi během prvního a druhého trimestru. Snížení syntézy PAPP-A je zjišťováno u gravidit s vývojem plodu s morbus Down.

Nekonjugovaný estriol (uE₃) je markerem abnormálního vývoje plodu, který značí metabolickou aktivitu plodu fetoplacentární jednotky. Většina estriolu se konjuguje v játrech matky, proto je diagnosticky významná nekonjugovaná frakce, která u normálního vývoje plodu představuje jen 10% podíl z celkového estriolu. Snížená hladina nekonjugovaného estriolu je charakteristická pro gravidity s vývojem plodu postiženého Downovým syndromem, hypofunkcí nadledvin a anencefalií značících těžké poruchy vývoje centrální nervové soustavy. (Hájek a kol., 2000)

1.3.4 Ultrazvukový screening v průběhu těhotenství

Ultrazvuková diagnostika se stala od začátku používání ultrazvukových přístrojů v porodnictví nedílnou součástí vyšetřování vývoje plodu. S ostatními prenatálními vyšetřeními je důležitou složkou komplexu diagnostických metod.

Základní (první) stupeň ultrazvukové diagnostiky je v prvním trimestru výběrovým vyšetřením a je prováděno v těchto indikacích:

- diagnostika těhotenství před jeho předčasným ukončením provádění při nejasnostech o délce těhotenství
- rozpor mezi palpačním nálezem a délkou nepřítomnosti menstruace
- z genetické indikace
- vyšetření při neplodnosti
- při podezření na poškození či odumrtí plodového vejce, při krvácení
- při podezření na přítomnost mola hydatidosa
- jako diagnostika ektopického těhotenství
- měření nuchální translucence (šíjového prosvětlení – ztlustění)

První ultrazvukový screening je prováděn v 18. – 20. týdnu těhotenství, je zaměřen především na počet plodů v děloze (jeden plod nebo vícečetné těhotenství), zjištění vitality

plodu a srdeční akce (pravidelná, nepravidelná), biometrie plodu a stanovení délky těhotenství a proporcionality plodu. Hodnotí se nepřímé známky malformace plodu (retardace růstu plodu, neproporcionalita růstu plodu, změněné množství plodové vody, změněná pohybová aktivita plodu, změněné biochemické markery) Zjišťuje se přítomnost vrozených vývojových vad. Hodnotí se placenta (lokalizace, změny struktury).

Druhý ultrazvukový screening, který se provádí ve 30. – 32. týdnu těhotenství je zaměřen na uložení plodu (plodů), biometrii plodu. Cíleně se vyšetřují vrozené vývojové vady plodu s pozdním vznikem, nebo později anatomicky rozlišitelné (hydrocefalus, obstrukční vady gastrointestinálního či uropoetického traktu, některé srdeční vady aj.), kontroluje se lokalizace placenty a množství plodové vody.“ (Hájek a kol., 2000)

Ke druhému stupni ultrazvukové diagnostiky, kterým je konziliární vyšetření by měly být odesílány ženy s nejasným, i ultrazvukovými a genetickými nálezy, a ženy, které jsou indikovány k invazivním diagnostickým vyšetřením.

Třetím stupněm, tzv. konziliárním, se zabývá jen několik center na území České republiky a řeší se zde nejsložitější forenzní případy.

1.3.5 Invazivní metody prenatální diagnostiky

V posledních letech se vyvinuly nové laboratorní a diagnostické metody a tím se zvýšil počet indikací k provádění invazivních metod. Tato vyšetření by se měla provádět v raných stádiích těhotenství a indikace by měla být přísně individuální. Mezi invazivní metody patří například amniocentéza, kordocentéza či odběr choriových klků.

Amniocentéza – získání plodové vody z amniální dutiny, patří mezi základní a nejjednodušší metody, v českých zemích ji poprvé použil doktor Břešťák v sedmdesátých letech. Používá se k vyloučení chromozomálních a metabolických vad plodu. Buňky obsažené v plodové vodě se vyšetřují cytogeneticky (stanovení karyotypu), imunoflorescenčně a DNA analýzou. V biochemickém vyšetření plodové vody se zjišťuje hladina alfa-fetoproteinu a acetylcholinesterázy. Plodová voda může být vyšetřována kultivačně a cytologicky. Nevýhodou je délka trvání vyšetření, protože amniocyt se musí kultivovat 10 dní. Vyšetřit lze i nekultivované amniocyty metodami molekulární analýzy DNA, ale toto vyšetření je finančně náročné.

Indikace k odběru plodové vody jsou z genetického či porodnického hlediska. Mezi genetické indikace k amniocentéze řadíme věk matky vyšší než 35 let a otce vyšší než 45 let. Dále do genetických informací patří pozitivní biochemický screening, nosičství reciprokých a

pericentrických translokací rodičů (matka – m. Down nebo přítomnost nadpočetného chromozomu X, otec Klinefelterův syndrom nebo přítomnost nadpočetného chromozomu Y, matka – nositelka fragilního chromozomu X). Amniocentéza je indikována i v případech, kdy je nutnost určit pohlaví u gonomozálně recesivní dědičnosti vázané na chromozom X nebo u vrozené poruchy metabolismu a také po předchozím porodu plodu s m. Down.

Mezi porodnické indikace k amniocentéze ve II. a III. trimestru těhotenství se řadí vyšetření bilirubinu u Rh-izoimunizace, vyšetření indexu lecitinu a sfyngomyelinu k určení zralosti plic plodu, určení zbarvení plodové vody při suspektní chronické hypoxii plodu, bakteriologické vyšetření plodové vody při suspektní intraovulární infekci.“ (Hájek a kol., 2000)

Metoda provedení odběru plodové vody spočívá v transabdominální punkci plodové vody pod kontrolou ultrazvukového přístroje. Odběr se provádí jehlou na jedno použití o síle 0,9 mm a délky 9 nebo 12 cm, bezpečná je aspirace maximálně 20 ml plodové vody, většinou se ale odebírá takové množství, jaký je gestační týden gravidity. Rozlišují se dva druhy amniocentézy, a to časná a klasická. Časný odběr plodové vody se provádí mezi 11. – 14. týdnem těhotenství, ale na mnoha pracovištích se pro zvýšená rizika pro plod již neprovádí. Klasická amniocentéza se provádí mezi 15. – 17. týdnem gravidity. Přesná definice hranice mezi časnou a klasickou amniocentézou není dodnes stanovena.

Komplikace odběru plodové vody u matky:

- infekce – riziko amnionitidy je menší než 0,1 %
- bezprostřední komplikace – krvácení, bolest břicha, částečné odtékání plodové vody může nastat do 4 týdnů po výkonu
- Rh izoimunizace – vzhledem k možnosti imunizace Rh negativní matky doporučuje Světová zdravotnická organizace podávat Rh negativním matkám podávat po výkonu anti-Rh0(D) imunoglobulin
- strach a úzkost matky je převážně způsobena očekáváním výsledku amniocentézy, než vlastním výkonem.

Komplikace odběru plodové vody pro plod:

- potrat plodu – na základu studie nepřekračuje počet potratů v souvislosti s amniocentézou 0,5 – 1 %. Zvýšené riziko spontánního potratu je u pacientek se zatíženou anamnézou.“ (Hájek a kol., 2004) „*Riziko vzniku komplikací z vyšetření je odhadováno na 1 ze 100-150 případů provedených před 15. týdnem těhotenství. Když je matce 35 let, riziko narození dítěte s Downovým syndromem je 1 z 370 a riziko*

narození životaschopného plodu s nějakou chromozomální vadou je přibližně 1 z 200 případů.“ (Wheeler, 2002, s. 161)

Nevýhodou amniocentézy je, že od odběru vzorku do výsledku vyšetření uběhne doba 2-3 týdny, což je pro mnohé ženy dlouhé a vyčerpávající čekání. To, že se odběr plodové vody neprovádí před 14. -16. týdnem těhotenství je považováno za nevýhodné z toho důvodu, že pokud vyšetření vede k indikaci ukončení těhotenství, je to provedeno v relativně pozdním stadiu. (Enkin et al., 1998)

Biopsie choria

Tato metoda umožňuje získání buněk plodu v časných fázích těhotenství již od ukončeného 9. týdne. Indikace jsou obdobné jako u amniocentézy. Podle stáří těhotenství dělíme biopsii choria na časnou (9. – 12. týden) a pozdní (po 12. týdně gravidity). Stejně jako odběr plodové vody se provádí transabdominálně za kontinuální kontroly ultrazvuku. Výhodou této metody je možnost včasného provedení a rychlá dostupnost výsledku.

Existují dvě metody možnosti získání buněk plodu, a to transabdominální a transcervikální. Jehlou se aspiruje přibližně 10 – 20 mg tkáně. Transcervikálním přístupem se odběr nemůže provést, pokud hrozí potrat, při infekčním onemocnění děložního hrdla a pochvy. Relativní kontraindikace u transcervikálního přístupu jsou uložení chorionu v děložním fundu, fixovaná retroverze dělohy a Rh-izoimunizace. Transabdominální biopsie choria se nesmí provádět, pokud jsou střevní kličky před děložní stěnou, pacientka je extrémně obézní, při přítomnosti myomů na přední stěně dělohy a Rh-izoimunizaci. (Hájek a kol., 2000)

Kordocentéza

Tato metoda spočívá v punkci vena umbilicalis za kontroly ultrazvukem. Proveditelné bývá toto vyšetření až kolem 20. týdne těhotenství. Stanovuje se karyotyp plodu z lymfocytů. Jehlou se z transabdominálního přístupu punktuje 1 -2 ml fetální krve, nejbezpečnější odběr je z místa úponu pupečníku na placentu. Kordocentéza se provádí s cílem získat karyotyp plodu, stanovit infekční agens (při diagnostice toxoplazmózy, zarděnek, cytomegalovirové infekce aj.) a v neposlední řadě je cílem stanovit hematologické parametry plodu. (Buckley, 2006)

1.3.6 Role porodní asistentky

Porodní asistentka je odborníkem na péči o těhotnou ženu v průběhu fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí. Jak udává zákon č. 96/2004 Sb. O způsobilosti nelékařských profesí k výkonu povolání, mohou porodní asistentky pracovat samostatně (bez odborného dohledu). To by mělo znamenat, že v případě fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí mohou konat bez indikace lékaře. Porodní asistentky získávají způsobilost k povolání studiem v akreditovaných bakalářských studijních programech na vysokých školách.

Vybrané body z prováděcí vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb.:

- Porodní asistentka poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci, poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, případně takovou pomoc zprostředkuje.
- Diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací, v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví.
- Sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře. Lékaři pomáhá v případě zásahu, při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření. (MZČR, 2004)

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit stres těhotné ženy v souvislosti s prenatální diagnostikou. Otázky v dotazníku byly sestaveny tak, aby vedly k objasnění následujících konkrétních cílů:

1. Zjistit pocity, které v ženách vyvolalo zjištění těhotenství.
2. Posoudit, jaké pocity se objevily u žen v průběhu těhotenství.
3. Zjistit, zda nějaká vyšetření vyvolávala u těhotných žen negativní emoce a která vyšetření to byla.
4. Posoudit na vybrané otázce, zda ženy, jejichž těhotenství probíhalo fyziologicky, měly během těhotenství rozdílné emoce než ženy, jejichž těhotenství bylo rizikové (patologické).
5. Porovnat na dvojici vybraných otázek, zda byly rozdílné pocity při zjištění těhotenství u žen, které ho neplánovaly, a u žen, které těhotenství plánovaly.
6. Zhodnotit, kdo ženy během těhotenství informoval o nutnosti podstoupení a způsobu provedení jednotlivých vyšetření.

2.2 Metoda výzkumu

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní výzkum. Stres těhotné ženy byl zjišťován na základě dotazníkového šetření. Mnou sestavený dotazník obsahoval dvacet otázek a v jeho úvodu bylo vysvětleno, jakým způsobem má být vyplněn (viz příloha č. 1). Odpovědi byly získávány formou:

- nestrukturovaných (otevřených) otázek, ve kterých respondentka vyjadřuje vlastní odpověď do vymezeného prostoru
- strukturovaných (uzavřených) otázek, kde si respondent vybírá již předem formulovanou odpověď
- otázek, kde je možné označit více odpovědí

Dotazník obsahoval otázky, které měly za úkol charakterizovat zkoumaný soubor (vzdělání, věk, plánovanost těhotenství, průběh těhotenství a parita). Dále byly v dotazníkovém šetření rozkrývány pocity žen při zjištění těhotenství; pocity, které se objevily v průběhu těhotenství; emoce a tělesné reakce, které byly vyvolány konkrétními vyšetřeními podstoupenými v těhotenství. Několik otázek bylo zaměřeno na prenatální péči a zjišťovalo pravidelnost návštěv a podstoupená vyšetření. Další otázka odhalovala, z čeho ženy měly obavy a co jim tyto negativní pocity pomáhalo zvládnout. V dotazníku byla zařazena i otázka zjišťující, zda ženy uvažovaly o odmítnutí či odmítly nějaké vyšetření. Posuzována byla informovanost žen o nutnosti podstoupení a způsobu provedení jednotlivých vyšetření.

Tištěné dotazníky byly, po získání souhlasu od přednosta a vrchní sestry gynekologicko – porodnické kliniky, rozdávány na oddělení pro matku a novorozence hospitalizovaným ženám 2 – 3 dny po porodu ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Bylo rozdáno 130 dotazníků, celkem bylo získáno sto vyplněných dotazníků (tj. návratnost 77%). Anonymita vyplněných dotazníků byla zajištěna sběrem do uzavřené schránky umístěné na inspekčním pokoji sester. Před zahájením vlastního výzkumného šetření jsem provedla pilotní studii. Osobně jsem s pěti respondentkami prošla a vyplnila jednotlivé otázky, k nimž nebyly výhrady a dotazované je označily za srozumitelné. Jediná výhrada byla k otázce, kde se měl k uvedeným prenatálním vyšetřením dopsat počet, kolikrát bylo podstoupeno během těhotenství. Uznala jsem, že si to ženy nemohou přesně pamatovat a tento výsledek by nebyl validní, proto jsem uvedené údaje nevyhodnocovala. Výsledky pilotní studie byly použity do celkového zhodnocení výsledků.

2.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Vzorek pro výzkumné šetření se skládal z hospitalizovaných žen 2 – 3 dny po porodu. Dotazníky byly rozdávány všem rodičkám po příchodu na oddělení pro matku a novorozence a jejich vyplnění bylo zcela dobrovolné. Pro výzkumné šetření jsem použila sto vyplněných dotazníků.

Věkové rozpětí souboru bylo od 19 do 39 let, věkový průměr byl 29,3 let. Pro přehlednost byla skupina rozdělena do několika věkových kategorií. Nejpočetnější kategorie byla od 26 do 30 let (54%) a od 31 do 35 let (33%).

Téměř polovina dotazovaných měla středoškolské vzdělání s maturitou (43%). Vysokoškolské vzdělání bylo v souboru zastoupené v 18% a vzdělání vyučena v 24%.

Na téměř polovinu byl vzorek rozdělen na prvorodičky (49%) a ženy, které rodily podruhé a více (51%). Většina těhotenství byla plánovaných (79%) a probíhala fyziologicky, bez zdravotních potíží (73%).

2.4 Výsledky výzkumu

Pět otázek dotazníku se týkalo charakteristiky sledovaného souboru (viz výše). Dalších patnáct otázek je v kapitole výsledky hodnoceno jednotlivě. Výsledky jsou udávány absolutně (počty odpovědí) i relativně (v procentech). Výsledky jsou také zobrazeny v tabulkách nebo grafech.

Otázka č. 5 – Jaké pocity se objevily v souvislosti se zjištěním těhotenství?

U většiny (71%) žen bylo zjištění těhotenství spojeno s pozitivními pocity. Ambivalentní – protichůdné pocity uvádí 29% žen. Negativní pocity při zjištění těhotenství neuvédla ani jedna z dotázaných.

Tabulka 1: Pocity, které se objevily v souvislosti se zjištěním těhotenství:

Pocity	Četnost	Procentuální zastoupení
Pozitivní	71	71,0%
Negativní	0	0,0%
Ambivalentní	29	29,0%

Otázka č. 6 – Objevily se v průběhu těhotenství nějaké negativní pocity?

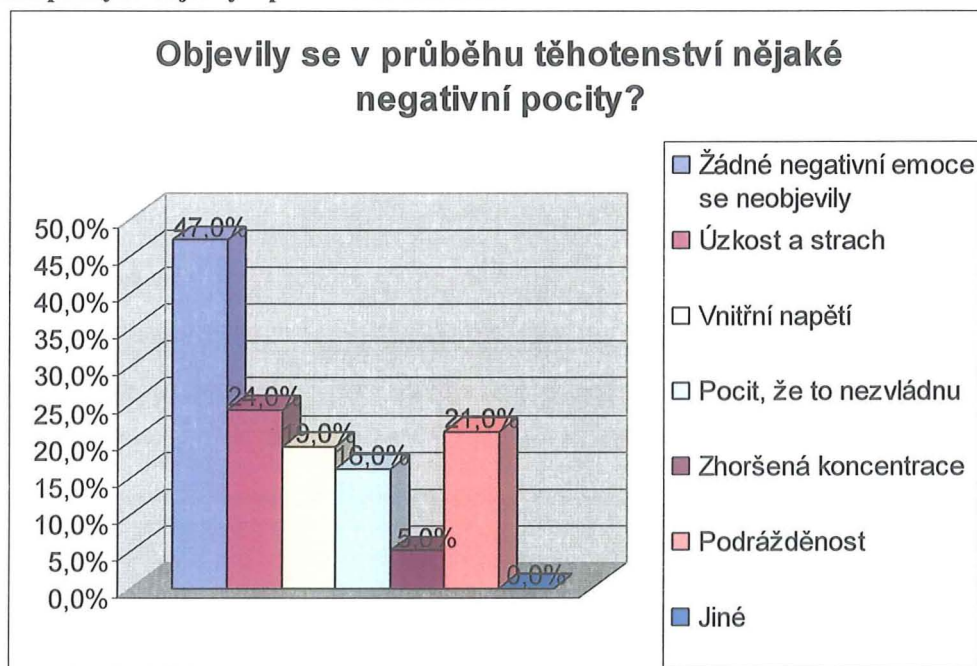
U otázky číslo 6 měly respondentky možnost uvést i více odpovědí. Byly sledovány počty jednotlivých odpovědí absolutně a procento respondentek, které jednotlivé odpovědi

uvedly. Téměř u poloviny (47%) žen se v průběhu těhotenství neobjevily žádné negativní emoce. Mezi nejčastější negativní pocity patřila úzkost a strach (24%), podrážděnost (21%), vnitřní napětí (19%) a pocit, že situaci nelze zvládnout (16%). Nejméně častým pocitem byla zhoršená koncentrace (5%).

Tabulka 2: Jaké pocity se objevily v průběhu těhotenství:

Jednotlivé odpovědi:	Četnost	Procentuální zastoupení
Žádné negativní emoce se neobjevily	47	47,0%
Úzkost a strach	24	24,0%
Vnitřní napětí	19	19,0%
Pocit, že to nezvládnou	16	16,0%
Zhoršená koncentrace	5	5,0%
Podrážděnost	21	21,0%
Jiné	0	0,0%

Graf 1: Jaké pocity se objevily v průběhu těhotenství:



Otázka č. 8 – Navštěvovala jste pravidelně od začátku těhotenství svého gynekologa?

Většina žen (96%) navštěvovalo svého gynekologa pravidelně od začátku těhotenství, jen malá část souboru (4%) v těhotenství svého lékaře nenavštěvovala pravidelně.

Tabulka 3: Navštěvovala jste pravidelně od začátku těhotenství svého gynekologa?

	Četnost	Procentuální zastoupení
Ano	96	96,0%
Ne	4	4,0%

Otázka č. 9 – Uveďte prosím celkový počet návštěv v prenatální poradně:

Průměrná hodnota návštěv v prenatální poradně byla 9,7. Pro přehlednost byl počet návštěv v poradně rozdělen do několika kategorií. Nejpočetnější byla kategorie od 10 do 15 návštěv, odpověď označilo 60 respondentek (tj. 60%). Méně než desetkrát navštívilo poradnu 22 dotazovaných (tj. 22%), z toho nejnižší počet návštěv je šest. Více než patnáctkrát navštívily poradnu 4 ženy (tj. 4%), nejvyšší počet návštěv byl dvacet za těhotenství. Na tuto otázku neodpovědělo 14 respondentek (tj. 14%).

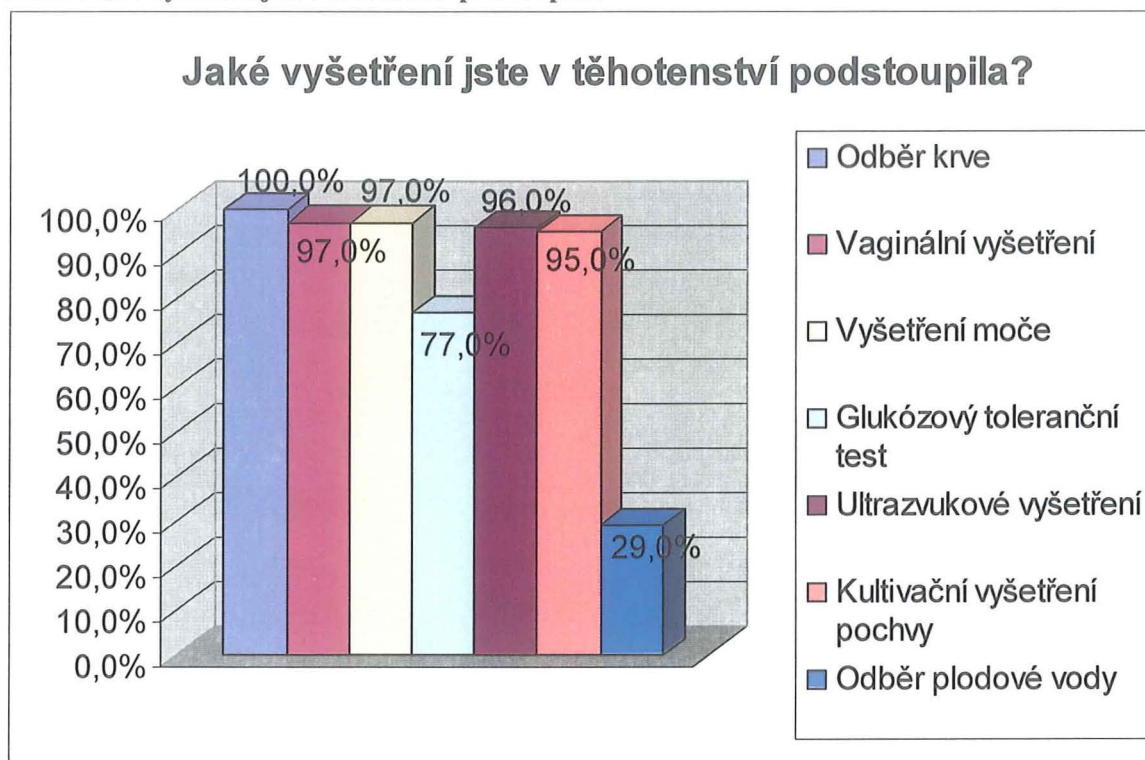
Graf 2: Celkový počet návštěv v prenatalní poradně



Otázka č. 10 – Zaškrtněte prosím, jaké vyšetření jste v těhotenství podstoupila, a napište kolikrát:

Téměř všechny respondentky podstoupily povinná vyšetření prenatalní péče, kterými jsou odběr krve, vaginální vyšetření, vyšetření moče, ultrazvukové vyšetření a kultivační vyšetření z pochvy. Navíc i více než dvě třetiny, 77 žen v těhotenství (tj. 77%) podstoupilo glukózový toleranční test a 29 ženám (tj. 29%) byl proveden odběr plodové vody. Přesné výsledky jsou graficky znázorněny v následujícím grafu.

Graf 3: Jaké vyšetření jste v těhotenství podstoupila?



Otázka č. 11 – Objevily se v souvislosti s nějakým vyšetřením negativní pocity?

V souvislosti s vyšetřením se u více než třetiny (37%) respondentek neobjevily žádné negativní emoce. Mezi nejčastější negativní pocity patřily úzkost a strach (36%) a vnitřní napětí (25%). V podobném počtu se objevil pocit, že situaci nelze zvládnout (2%) a podrážděnost (3%). Dvě dotazované označily možnost jiné a dopsaly strach z bolesti. Pocit zhoršení koncentrace se neobjevil u žádné ženy ze souboru. U této otázky byla také možnost označení více odpovědí, data byla zpracována stejně jako u otázky č. 6.

Tabulka 4: Objevily se v souvislosti s nějakým vyšetřením negativní pocity?

Jednotlivé odpovědi:	Četnost	Procentuální zastoupení
Žádné negativní emoce se neobjevily	37	37,0%
Úzkost a strach	36	36,0%
Vnitřní napětí	25	25,0%
Pocit, že to nezvládnu	2	2,0%
Zhoršená koncentrace	0	0,0%
Podrážděnost	3	3,0%
Jiné: strach z bolesti	2	2,0%

Otázka č. 12 – Pokud se v souvislosti s nějakým vyšetřením objevily negativní pocity, uveďte prosím, u kterého vyšetření:

Některé z negativní pocitů v souvislosti s vyšetřením uvedlo 63 respondentek (tj. 63%) z celého souboru, relativní četnosti jsou tedy počítány formou, jaká část souboru respondentek, které uvedly negativní pocit, prožila tento pocit u jednotlivých vyšetření. Následující tabulka analyzuje četnost podstoupení jednotlivých vyšetření vzhledem s udáním negativních pocitů s daným vyšetřením. Nejčastěji se negativní emoce objevily v souvislosti s amniocentézou (66%), Tripple-test byl udáván v 13% a ultrazvukové vyšetření v 14%. Orální glukózový toleranční test vyvolal negativní emoce v 16% a vaginální vyšetření v 5%.

Tabulka 5: V souvislosti s jakým vyšetřením se objevily negativní pocity?

Vyšetření	Kolik respondentek vyšetření podstoupilo	Procentuální zastoupení	Ženy, které v souvislosti s vyšetřením uvedly negativní pocity	Procentuální zastoupení
Ultrazvukové vyšetření	97	97,0%	14	14,4%
Amniocentéza	29	29,0%	19	65,5%
Tripple-test	100	100,0%	13	13,0%
Orální glukózový toleranční test	77	77,0%	12	15,6%
Vaginální vyšetření	97	97,0%	5	5,2%

Otázka č. 13 – Pociťovala jste v souvislosti s prodělanými vyšetřeními některé z těchto potíží?

V této otázce respondentky vybíraly z uvedených možností a měly označit, zda se v souvislosti s nějakým vyšetřením objevily zmíněné potíže. Žádné z uvedených potíží nepocítila více než polovina (56%) dotazovaných. Nejčastěji byla označována z uvedených potíží možnost „Nemohla jsem usnout, často jsem se budila během spánku (28%) a „Pociťovala jsem tlak v žaludku (10%). V podobném počtu byla označena možnost „Často mi bušilo srdce“ (6%), „Trpěla jsem zažívacími obtížemi“ (5%) a „Častěji mě bolela hlava“ (4%). V této otázce bylo také označováno několik možností najednou, proto byl pro přehlednost zvolen stejný způsob vyhodnocení jako u otázek č. 6 a 11.

Tabulka 6: Pociťovala jste v souvislosti s prodělanými vyšetřeními některé z těchto potíží?

Jednotlivé odpovědi:	Četnost	Procentuální zastoupení
Nemohla jsem usnout, často jsem se budila během spánku.	28	28,0%
Často mi bušilo srdce.	6	6,0%
Trpěla jsem zažívacími obtížemi.	5	5,0%
Pociťovala jsem tlak v žaludku.	10	10,0%
Častěji mě bolela hlava.	4	4,0%
Jiné:	0	0,0%
Žádné z uvedených potíží jsem nepociťovala.	56	56,0%

Otázka č. 14 – Pokud se v souvislosti s nějakým vyšetřením objevily potíže zmíněné v předešlé otázce, uveďte prosím, u kterého vyšetření:

Potíže v souvislosti s vyšetřením pocítila téměř polovina respondentek (tj. 44% z celého souboru). Stejně jako u otázky číslo 12 analyzuje následující tabulka četnost podstoupení jednotlivých vyšetření vzhledem k udání zmíněných pocitů v předešlé otázce s daným vyšetřením. Nejčastěji se zmíněné potíže objevily v souvislosti s amniocentézou (51%) a s ultrazvukovým vyšetřením (14%). Orální glukózový toleranční test byl označen v 9%, Tripple-test byl zastoupen 5% a nejméně obtíží se objevilo v souvislosti s vaginálním vyšetřením (3%).

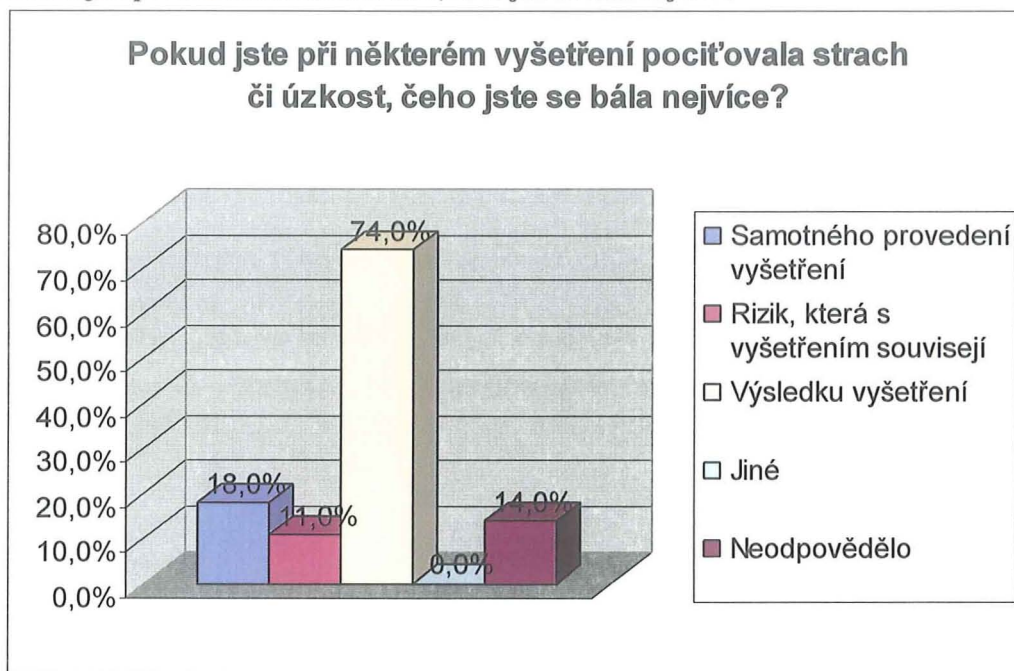
Tabulka 7: V souvislosti s jakým vyšetřením se objevily zmíněné potíže?

Vyšetření	Kolik respondentek vyšetření podstoupilo	Procentuální zastoupení	Ženy, které v souvislosti s vyšetřením uvedly zmíněné potíže	Procentuální zastoupení
Ultrazvukové vyšetření	97	97,0%	14	14,4%
Amniocentéza	29	29,0%	15	51,7%
Tripple-test	100	100,0%	5	5,0%
Orální glukózový toleranční test	77	77,0%	7	9,1%
Vaginální vyšetření	97	97,0%	3	3,1%

Otázka č. 15 – Pokud jste při některém vyšetření pocítovala strach či úzkost, čeho jste se bála nejvíce?

Tato otázka zjišťovala, čeho se respondentky nejvíce obávaly při vyšetření. Přestože v otázce číslo 11, kde byla jedna z možností strach a úzkost, kterou označilo 32 žen, tak na tuto otázku odpovědělo mnohem více dotazovaných (tj. 86% z celého souboru) bez předešlého zaškrtnutí této možnosti. Bez odpovědi na tuto otázku bylo pouze 14 dotazníků (tj. 14% souboru). Sedmdesát čtyři žen (tj. 74%) se obávalo výsledku vyšetření. Samotného provedení vyšetření se obávalo 18 respondentek (tj. 18%). Rizika, které s vyšetřením souvisí, se obávalo 11 dotazovaných (tj. 11%). V této otázce bylo rovněž označováno několik možností najednou, proto je zpracována jako předchozí otázky tohoto typu.

Graf 4: Pokud jste pociťovala strach či úzkost, čeho jste se bála nejvíce?



Otázka č. 16 – V případě, že se objevily nějaké negativní pocity, co vám je pomáhalo zvládnout?

Na tuto otázku, podobně jako na předchozí, odpověděly i respondentky, které zaškrtnuly v předchozích otázkách možnost, že žádné negativní pocity nepocítily. Na tuto otázku neodpovědělo 12 žen (tj 12%). Nejčastěji ženám pomáhala opora blízkých (67%), dále touha po dítěti (46%). Podobně často zmíněná možnost byla víra (10%) a naděje v budoucnost (9%). Nejméně často ženy uváděly relaxaci (4%). Otázka je zpracována stejně jako předchozí otázky, kde byla možnost více odpovědí.

Tabulka 8: Co Vám pomáhalo zvládnout negativní emoce?

Pomáhala mi	Četnost	Procentuální zastoupení
Relaxace	4	4,0%
Opora blízkých	67	67,0%
Víra	10	10,0%
Naděje v budoucnost	9	9,0%
Touha po dítěti	46	46,0%
Neodpovědělo	12	12,0%

Otázka č. 17 – Uvažovala jste, že odmítnete nebo odmítla jste nějaké vyšetření?

Tato otázka zjišťovala, zda některá z respondentek uvažovala o odmítnutí či odmítla nějaké vyšetření, tyto dvě možnosti již dále nebyly rozlišovány. O odmítnutí neuvažovala většina (89%) dotazovaných, naopak 11% uvažovalo, že odmítne nebo odmítlo nějaké vyšetření.

Otázka č. 18 – Pokud jste uvažovala, že odmítnete nebo jste odmítla nějaké vyšetření, které to bylo?

V této otázce konkretizovaly respondentky, o kterých vyšetření uvažovaly, že odmítnou či je odmítly. Deset žen (z 11) odpovědělo, že uvažovalo o odmítnutí amniocentézy a jedna žena uvedla Hamiltonův hmat (digitální odloučení dolního pólu vaku blan od děložní stěny a je to jedna z metod indukce porodu).

Otázka č. 19 – Kdo vás informoval o nutnosti podstoupení jednotlivých vyšetření?

Respondentky v 95% informoval o nutnosti podstoupení jednotlivých vyšetření lékař, v 10% to byla porodní asistentka. Z toho vyplývá, že v pěti případech byla současně označena porodní asistentka a lékař.

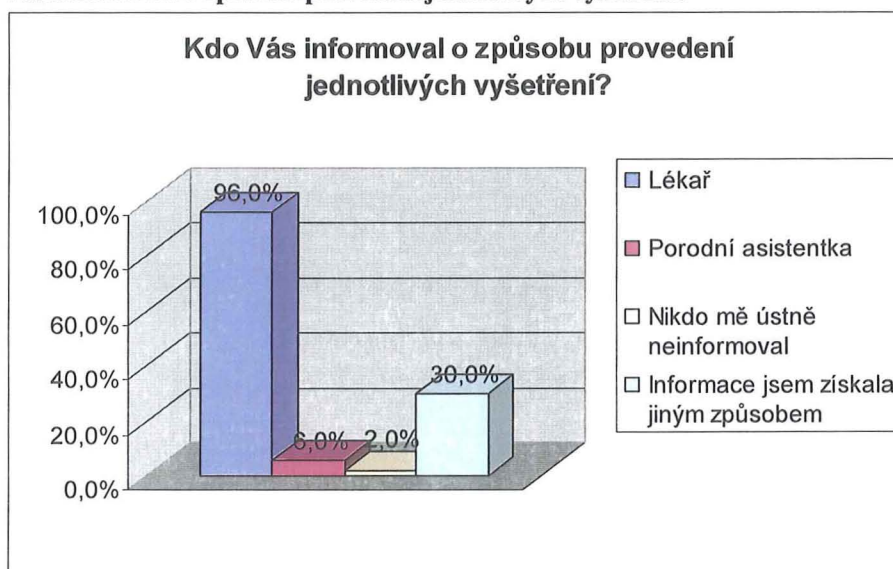
Tabulka 9: Kdo Vás informoval o nutnosti podstoupení jednotlivých vyšetření?

Informoval mě	Četnost	Procentuální zastoupení
Lékař	95	95,0%
Porodní asistentka	10	10,0%
Jiné	0	0,0%

Otázka č. 20 – Kdo Vás informoval o způsobu provedení jednotlivých vyšetření?

Tato otázka zjišťuje, kdo respondentky informoval o způsobu provedení jednotlivých vyšetření. Většina označila lékaře (96%). Porodní asistentka informovala 10% těhotných. Pouze 2% žen uvedla, že je ústně nikdo neinformoval. Informace jiným způsobem získala třetina (30%) dotazovaných. Doplnkovým zdrojem informací byl ve většině internet (73%), pro dalších 50% byla zdrojem literatura. V 17% byly respondentky poučeny z informačního letáku a v 7% z médií. Také v této otázce byla každá možnost (i kombinovaná) započítávána zvlášť. Graficky znázorněna je otázka v následujících dvou grafech.

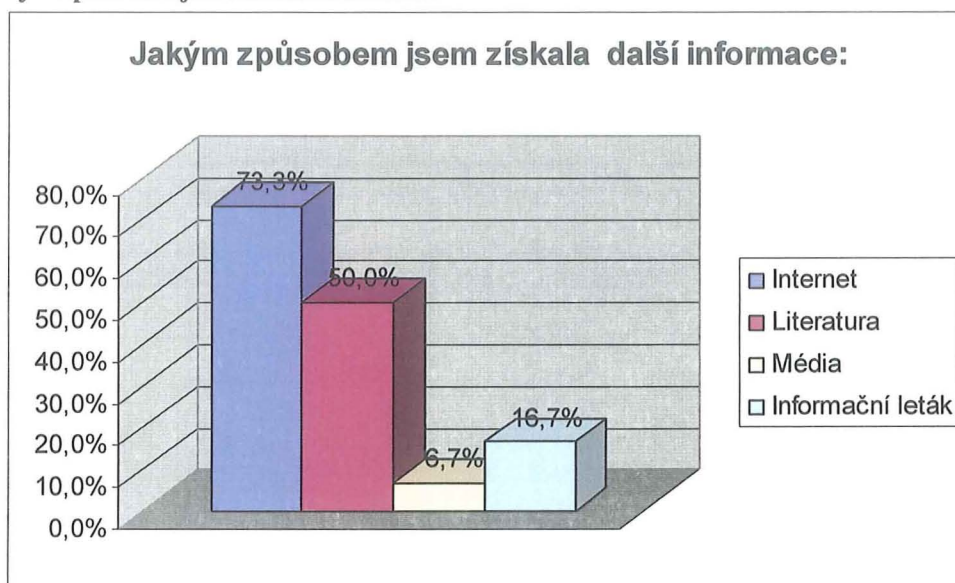
Graf 5: Kdo Vás informoval o způsobu provedení jednotlivých vyšetření?



Tabulka 10: Kdo Vás informoval o způsobu provedení jednotlivých vyšetření?

Informoval mě	Četnost	Procentuální zastoupení
Lékař	95	95,0%
Porodní asistentka	10	10,0%
Jiné	0	0,0%

Graf 6: Jakým způsobem jste získala informace?



Tabulka 11: Jakým způsobem jste získala informace?

Kde jsem získala informace:	Četnost	Procentuální zastoupení
Internet	22	73,3%
Literatura	15	50,0%
Média	2	6,7%
Informační leták	5	16,7%

Následující tabulka analyzuje vliv plánovanosti nebo neplánovanosti těhotenství na pocity vzniklé při zjištění těhotenství. Z celkového počtu 100 žen bylo 79 těhotenství plánovaných a 21 bylo neplánovaných. U plánovaného těhotenství pozitivní pocity uvedlo 65 žen (tj. 82%) a ambivalentní pocity 14 žen (tj. 18%). U neplánovaného těhotenství pozitivní pocity uvedlo 6 žen (tj. 29%) a ambivalentní pocity 15 žen (tj. 71%).

Tabulka 12: Analýza vlivu plánovanosti a neplánovanosti těhotenství na pocity vzniklé při jeho zjištění

	Ženy, které těhotenství plánovaly		Ženy, které těhotenství neplánovaly	
Pocity	Četnost	Procentuální zastoupení	Četnost	Procentuální zastoupení
Pozitivní	65	82%	6	28,6%
Negativní	0	0%	0	0,0%
Ambivalentní	14	18%	15	71,4%

Srovnání pocitů u těhotných žen s fyziologickým a patologickým těhotenstvím podrobně znázorňuje následující tabulka. Ženy, u kterých těhotenství probíhalo bez obtíží, nepocítily žádné negativní emoce ve 39 případech (tj. 41%). Sedmnáct žen (tj. 18%) pocítilo úzkost a strach, u deseti žen (tj. 11%) se objevilo vnitřní napětí, dvanáct žen (tj. 13%) mělo pocit, že to nezvládnou, zhoršenou koncentraci uvedlo 5 žen (tj. 5%) a podrážděnost 12 dotazovaných (tj. 13%).

U žen, u kterých těhotenství probíhalo s nějakými zdravotními problémy, se negativní pocity neobjevily v 8 případech (tj. 22%), úzkost a strach pocítilo 7 žen (tj. 19%), vnitřní napětí 9 dotazovaných (tj. 24%), čtyři ženy udaly pocit, že to nezvládnou (tj. 11%), zhoršená koncentrace nebyla zmíněna vůbec, podrážděnost pocítilo 9 respondentek (tj. 24%).

Tabulka 13: : Porovnání pocitů, které se objevily během těhotenství vzhledem ke zdravotnímu průběhu těhotenství

Těhotenství probíhalo:	Bez obtíží		Měla jsem zdravotní potíže	
	Četnost	Procentuální zastoupení	Četnost	Procentuální zastoupení
Žádné negativní pocity se neobjevily	39	41%	8	21,6%
Úzkost a strach	17	18%	7	18,9%
Vnitřní napětí	10	11%	9	24,3%
Pocit, že to nezvládnu	12	13%	4	10,8%
Zhoršená koncentrace	5	5%	0	0,0%
Podrážděnost	12	13%	9	24,3%

DISKUZE

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Dotazníkového šetření se zúčastnily ženy 2.– 3. den po porodu, hospitalizované na oddělení pro matku a novorozence ve Fakultní nemocnici Hradec Králové na gynekologicko – porodnické klinice. Bylo rozdáno 130 dotazníků, z nichž se vyplněných vrátilo sto (tj. návratnost 77%). Jsem si vědoma, že výsledky tohoto výzkumného šetření nelze zcela zobecnit na populaci těhotných žen, protože jsou přítomny jisté nedostatky: především nedostatečná velikost souboru a místo konání a načasování výzkumného šetření.

Jak vyplývá z vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření, u většiny žen (71%) byly pocity spjaté se zjištěním těhotenství pozitivní. Ambivalentní – rozporuplné pocity uvedlo 29% žen a negativní pocity nepopsala ani jedna žena ze zkoumaného souboru. Ambivalentní pocity by mohly být způsobeny hormonální disbalancí, která je pro období těhotenství charakteristická. Z celkového počtu 100 žen 79 žen těhotenství plánovalo a 21 těhotenství bylo neplánovaných. U plánovaného těhotenství pozitivní pocity uvedlo 65 žen (tj. 82%) a ambivalentní pocity 14 žen (tj. 18%). U neplánovaného těhotenství pozitivní pocity uvedlo 6 žen (tj. 29%) a ambivalentní pocity 15 žen (tj. 71%).

Tyto výsledky byly očekávatelné, v obou skupinách měl jistě vliv strach o průběh těhotenství, plánované rodičovství však v tomto případě zcela jistě působí na budoucí rodičku v psychologické rovině protektivněji. Zajímavé by bylo jistě srovnání s těhotnými ženami ze zemí, kde plánované rodičovství není společností umožněno. Tam lze očekávat úroveň ambivalentních až negativních emocí v souvislosti s neplánovanou graviditou nižší s ohledem na jistý fatalismus, který je těchto zemích rozhodující.

Lze se domnívat, že odpověď na tuto otázku je značně zkreslena tím, že dotazník vyplňovaly ženy až po porodu. Obavy z porodu jsou jedním z faktorů, které mají na emoce ženy vliv. Respondentky se této události již obávat nemusely.

Jak vyplývá z teoretické části, psychická adaptace na těhotenství probíhá v několika fázích. Lze soudit, že i žena, pro kterou zjištění, že je těhotná, bylo do jisté míry negativní, se během devíti měsíců s těhotenstvím smíří a na svého potomka se začne těšit. Devět měsíců je dosti dlouhá doba a jak je známo, člověk rád na nepříjemné pocity zapomíná a uchovává si v sobě jen ty dobré. Navíc, vzhledem k tomu, že v České republice je legální a běžně dostupná možnost ústavního ukončení těhotenství, ženy, které si těhotenství nepřály a rozhodly se pro interrupci, nebyly tím pádem do zkoumaného souboru zařazeny. Objektivnějších výsledků

u této problematiky by zajisté bylo možné dosáhnout provedením rozsáhlejší studie v ambulancích obvodních gynekologů, kteří téměř všechna těhotenství diagnostikují a kde se vlastně ženy s touto informací setkávají.

Relativně vysoké procento žen (47%) nezaznamenalo v průběhu těhotenství žádné negativní emoce. Lze se domnívat, že je to způsobeno vysokým procentem pacientek plánujících rodičovství. Významný vliv jistě hrají socio-ekonomické faktory, které nutí ženy rodičovství plánovat, a proto otěhotní, až když jsou náležitě materiálně a sociálně zajištěny.

Negativní emoce se během těhotenství objevily zhruba u poloviny žen (53%). Nejčastěji (24%) byly zmiňovány úzkost a strach. Z pochopitelných důvodů to jistě zahrnuje počáteční obavy o přijetí zprávy o těhotenství partnerem, dále pak postupem času zajisté také strach o další vývoj těhotenství. Mezi další emoce zmiňované v dotazníku patřila podrážděnost (21%), vnitřní napětí (19%) a pocit, že situaci nelze zvládnout (16%). Nejméně častým pocitem byla zhoršená koncentrace (5%). Zajisté velký podíl na projevení se těchto emocí hrají obrovské hormonální změny, které v těhotenství mění celý ženský organismus. Známý je obrovský emocionální skok, který mnohé rodičky zažívají v šestinedělí. Obdobný emocionální posun zažívá i vysoké procento těhotných, do jisté míry si to mnohé z nich však neuvědomují a informace o tomto jevu získáváme spíše od partnerů a rodiny těhotné než od ní samotné.

V souvislosti s vyšetřením se negativní emoce objevily u 63 % respondentek. Nejčastěji byl opět zmiňován strach a úzkost (36%). Lze se domnívat, že v tomto případě byl příčinou obav převážně výsledek. Konkrétněji byla na tuto problematiku zaměřena otázka č.15, která rozkrývala příčiny onoho strachu. Jak vyplývá z vyhodnocení výsledků, více jak dvě třetiny žen (tj. 74% celého souboru) se obávaly výsledku vyšetření. Obavy vyvolávala ale také samotná provedení vyšetření či rizika, která jsou s vyšetřením spjata. Možnost zahrnující rizika byla zařazena především kvůli invazivním vyšetřovacím metodám. Všechny ženy, které označily obavu z rizika komplikací, podstoupily odběr plodové vody. Tato odpověď je vcelku snadno pochopitelná, neboť pacientky jsou v dnešní době již vcelku dobře informovány o možných rizicích tohoto zákroku a vzhledem k tomu, že všechny respondentky označily své těhotenství jako žádoucí, jsou takové obavy pochopitelně na místě.

Dalším často označovaným negativním pocitem bylo vnitřní napětí (25%). Je možno předpokládat, že tento pocit může být rovněž způsobován očekáváním, zda je průběh těhotenství takový, jaký má být. Dalším faktorem, který způsobuje vnitřní napětí, může být nedostatečná informovanost o daném výkonu. Dá se odhadnout, že by tato tenze mohla být

spjata například s orálním glukózovým testem, kdy těhotná ví, že ji čeká nepříjemná situace, ale nedokáže si ji představit. Minimálně byly označeny možnosti: pocit, že to nezvládnou (2%), podrážděnost (3%) a strach z bolesti (2%).

Skupina respondentek, která uvedla nějaké negativní pocity v souvislosti s vyšetřením, byla považována za nově vzniklou skupinu, u které se dále zjišťovalo, v souvislosti s jakým vyšetřením tyto pocity vznikly a jejich výskyt. Některé z negativní pocitů v souvislosti s vyšetřením uvedlo 63 respondentek (tj. 63% z celého souboru). Nejčastěji se negativní emoce objevily v souvislosti s amniocentézou (66%), Tripple-test byl udáván v 13% a ultrazvukové vyšetření v 14%. Orální glukózový toleranční test vyvolal negativní emoce v 16% a vaginální vyšetření v 5%.

Domnívám se, že trendem do budoucnosti by mělo být zejména používání vyšetření s vysokou specifitou a senzitivitou. Například využívání Tripple-testu současně s určováním hladin specifického těhotenského proteinu, PAPP-A a nekonjugovaného estriolu. Tímto způsobem by se dalo vhodně předejít nesprávné indikaci k invazivní diagnostické metodě. Důraz by měl být kladen na individuální přístup k těhotenství a racionální výběr jednotlivých vyšetření. Těhotenství by podle mého názoru měla patřit k nejkrásnějším a nejšťastnějším obdobím života a mělo by k tomu být tak přistupováno.

Ženy, u kterých těhotenství probíhalo bez obtíží, nepocítily žádné negativní emoce ve 39 případech (tj. 41%). Sedmnáct žen (tj. 18%) pocítilo úzkost a strach, u deseti žen (tj. 11%) se objevilo vnitřní napětí, dvanáct žen (tj. 13%) mělo pocit, že to nezvládnou, zhoršenou koncentraci uvedlo 5 žen (tj. 5%) a podrážděnost 12 dotazovaných (tj. 13%).

U žen, u kterých těhotenství probíhalo s nějakými zdravotními problémy, se negativní pocity neobjevily v 8 případech (tj. 22%), úzkost a strach pocítilo 7 žen (tj. 19%), vnitřní napětí 9 dotazovaných (tj. 24%), čtyři ženy udaly pocit, že to nezvládnou (tj. 11%), zhoršená koncentrace nebyla zmíněna vůbec, podrážděnost pocítilo 9 respondentek (tj. 24%).

V drtivé většině případů (95%) byly pacientky informovány lékařem. Zde pravděpodobně působí vliv společnosti na odlišné chování lékařů ke svým pacientkám. Nadřazený přístup byl naštěstí již u většiny gynekologů (obecně lékařů) vystřídán větší ochotou pacientky informovat o léčebných a diagnostických postupech. Působí na to jistě jednak konkurenční prostředí umožňující svobodnou volbu lékaře, dále tlak veřejnosti na kvalitu péče a v neposlední řadě také mnohem větší informovanost patientek, které mají dnes k dispozici internet s jeho nevyčerpatelnými zdroji více či méně přesných rad pro těhotné a

budoucí maminky. Částečně zarážející je, že těhotné byly minimálně informovány porodními asistentkami, kterým je v současné době umožněno studovat na vysokých školách. Lze se domnívat, že tím získávají dostatečné vzdělání na to, aby mohly poskytovat fundované informace. Je možné předvídat, že do budoucnosti v této oblasti zastane porodní asistentka částečně roli lékaře. Třetina žen se navíc informovala z doplňkových zdrojů. Internet byl použit ve více než dvou třetinách skupiny získávající doplňující informace. Literatura byla použita polovinou těhotných žen. Poučení získaly ženy také z informačního letáku, který jim poskytlo zdravotnické zařízení.

Většina žen během těhotenství navštěvovala pravidelně svého gynekologa a průměrný počet návštěv byl 9,7. Je možné, že u žen, které uvedly nepravidelné prohlídky během péče, to bylo z důvodu nevhodného zjištění těhotenství. Jistý vliv na tento výsledek má opět vysoká informovanost žen o nutnosti a přenosnosti prenatální péče. Je překvapující, že ve vyhodnocení podstoupených vyšetření se objevily případy, kdy bylo v dotazníku uvedeno, že žena nepodstoupila vaginální vyšetření, vyšetření moče a ultrazvukové vyšetření. Lze předpokládat, že je to způsobeno spíše nepozorností dotazovaných a špatným označením odpovědi. Nejnižší uvedený počet návštěv byl šest a téměř jistě během nich ženy tato vyšetření podstoupily. Kultivační vyšetření z pochvy, které by také mělo být prováděno všem těhotným, bylo provedeno jen 95%. To může být způsobeno tím, že ženy, které ho nepodstoupily, stačily porodit dříve, než dané vyšetření podstoupily.

Jak prokázalo vyhodnocení otázky, která zjišťovala, co pomáhalo zvládat ženám negativní emoce, nejčastěji to byla opora blízkých (67%). Každý jedinec potřebuje určitého svědka svého života, kterému se může svěřit a který s ním prožívá veškeré události včetně těhotenství. Není nutné již rozlišovat, zda tím blízkým je partner, rodiče či přátelé. Touha po dítěti je rovněž dostatečně motivujícím faktorem, byla označena téměř polovinou respondentek.

Dalším zjištěním bylo, že 11 žen uvažovalo o odmítnutí či odmítlo nějaké vyšetření a v deseti případech to byla právě invazivní diagnostická metoda - amniocentéza, která je spjata s relativně vysokým výskytem rizik pro plod i pro matku. Jak vyplývá z teoretické části, riziko porodu plodu s chromozomální vadou je téměř podobně vysoké jako riziko vzniku komplikace při časném odběru plodové vody. Lze spekulovat o tom, do jaké míry jsou ženy se statistickými výsledky tohoto typu seznámeny, přestože by být měly. Jak již bylo uvedeno, každá žena má možnost sama se rozhodnout pro podstoupení či odmítnutí tohoto vyšetření.

Zdravotnickému personálu nepřísluší hodnotit ani odsuzovat tato rozhodnutí, měl by ženu především dostatečně poučit o negativech a pozitivích a ponechat to jejímu uvážení.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bylo shrnout problematiku stresu a podrobně popsat těhotenství a prenatální péči včetně prenatální diagnostiky. Dotazníkové šetření mělo za úkol posoudit, do jaké míry jsou pro těhotné ženy jednotlivá vyšetření podstoupená v průběhu prenatální péče stresující.

U většiny žen výzkumného souboru byly pocity se zjištěním těhotenství pozitivní a většina své těhotenství plánovala. Téměř všechny těhotné ženy během těhotenství pravidelně navštěvovaly prenatální poradnu. Negativní emoce se během těhotenství objevily zhruba u poloviny žen, z větší části u těch, které měly v těhotenství zdravotní potíže. Nejčastěji byl zmiňován strach a úzkost. V souvislosti s nějakým vyšetřením se negativní pocity objevily přibližně u dvou třetin zkoumaného souboru a převážně byly spjaty s obavami z výsledku vyšetření.

Negativní pocity a nepříjemné fyziologické projevy stresu byly vyvolány u více než poloviny dotazovaných odběrem plodové vody. Téměř všechny pacientky byly o nutnosti podstoupení a způsobu provedení vyšetření informovány lékařem. Negativní pocity ženy nejlépe zvládaly především díky opoře svých blízkých.

Vzhledem k oboru, který studuji, bych si přála, aby se do budoucna zlepšilo působení porodních asistentek v prenatální péči. Částečně odlišný přístup porodní asistentky k těhotenství by mohl přinést další rozměr péče o těhotnou ženu.

Závěrem bych ráda použila vzkaz, který jedna z respondentek doplnila do dotazníku: „Přestože jsem si v těhotenství já i celá naše rodina prožily krušné chvíle, musím Vám říct, že to stálo opravdu za to. Mám teď vedle sebe krásnou princeznu, pro kterou bych to celé podstoupila klidně stokrát znova. Tento pocit bych přála opravdu každému!“

ANOTACE

Autor: Jana Žitná
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
Název práce: Stres těhotné ženy v souvislosti s prenatální diagnostikou
Vedoucí práce: MUDr. Lenka Hodačová
Počet stran: 62
Počet příloh: 2
Rok obhajoby: 2008
Klíčová slova: stres, těhotenství, prenatální péče, prenatální diagnostika

Bakalářská práce zjišťuje, do jaké míry je pro těhotnou ženu stresující prenatální diagnostika. Zabývá se teoretickým shrnutím těhotenství, prenatální péče a stresu. Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkum, kde jsou rozkrývány pocity žen vzhledem ke zjištění těhotenství, plánovanost těhotenství, míra informovanosti v souvislosti s jednotlivými výkony v rámci prenatální péče a v neposlední řadě pocity a tělesné reakce vyvolané jednotlivými vyšetřeními.

This bachelor work investigates pregnant woman's state of stress connected with prenatal diagnostics. It comprises a theoretical summary of pregnancy, prenatal care and stress. The focus of work is composed of a quantitative research. It reveals inner feelings of women, when realizing their pregnancies. It also investigates the ratio of planned pregnancies, the level of informedness of particular diagnostic procedures in prenatal care and following feelings and body responses evoked by these.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

- 1) BAŠTECKÁ B., GOLDMANN P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4
- 2) BUCKLEY J. S. Prenatální diagnostika. *Porodní asistence*, Praha: Porodní asistence. ISSN 1801-5808. 2006. roč.2, č. 3, s. 30
- 3) ČECH E., HÁJEK Z., MARŠÁL K., SRP B. a kolektiv. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1999. 434s. ISBN 80-7169-355-3
- 4) ENKIN M., KEIRSE M. J. N. C., RENFREW M., NEILSON J. *Efektivní péče v perinatologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1998. 386 s. ISBN 80-7169-417-7
- 5) HÁJEK Z. a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8
- 6) HÁJEK Z. Prenatální péče o fyziologické těhotenství. *Moderní babičství* [online]. 2004, roč. 2, 4. 3 [cit. 2008-03-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004-3/hajek.php>>
- 7) HÁJEK Z., KULOVANÝ E., MACEK M. *Základy prenatální diagnostiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2000. 424 s. ISBN 80-7169-391-X
- 8) JOSHI V. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2007. 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9
- 9) KASSIN S. *Psychologie*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2007. 771 s. ISBN 978-80-251-1716-3
- 10) KEBZA V. a kolektiv. *Zvládání stresu*. 1, vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. 30 s. ISBN 80-7071-042-X
- 11) KŘIVOHLAVÝ J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada Avicem, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6
- 12) KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 280 s. ISBN 80-7178-551-2
- 13) MAYEROVÁ M. *Stres, motivace a výkonnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1997. 136 s. ISBN 80-7169-425-8
- 14) *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online] 4. 2. 2004. 2008 [2008-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://mzcr.kaktus.cz/odbornik/Pages/245-zakonc-962004-sb.html>>.

- 15) NAKONEČNÝ M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000. 334 s. ISBN 80-200-0763-6
- 16) PAGE L. A. *The New Midwifery*. 1. vyd. London: Churchill Livingstone, 2000. 418 s. ISBN 0-443-05572-6
- 17) PAŘÍZEK A. *Kniha o těhotenství @porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3
- 18) RENAUDOVÁ J., *Co je stres a jak se mu vyhnout*. 1. vyd. Praha: Práce, s. r. o., 1993. 144s. ISBN 80-208-0297-5
- 19) TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2003. 771 s. ISBN 80-247-0512-5
- 20) VAŠINA L., STRNADOVÁ V. *Psychologie osobnosti I*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1998. 299 s. ISBN 80-7041-974-1
- 21) WHEELER L. *Nurse-Midwifery Handbook*. 2. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. 443 s. ISBN 0-7817-2929-7
- 22) ZWINGER A. et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9, ISBN 80-246-0822-7

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pocity, které se objevily v souvislosti se zjištěním těhotenství:	33
Tabulka 2: Jaké pocity se objevily v průběhu těhotenství:.....	34
Tabulka 3: Navštěvovala jste pravidelně od začátku těhotenství svého gynekologa?	35
Tabulka 4: Objevily se v souvislosti s nějakým vyšetřením negativní pocity?.....	38
Tabulka 5: V souvislosti s jakým vyšetřením se objevily negativní pocity?	39
Tabulka 6: Pociťovala jste v souvislosti s prodělanými vyšetřeními některé z těchto potíží? .	40
Tabulka 7: V souvislosti s jakým vyšetřením se objevily zmíněné potíže?	41
Tabulka 8: Co Vám pomáhalo zvládnout negativní emoce?	42
Tabulka 9: Kdo Vás informoval o nutnosti podstoupení jednotlivých vyšetření?	43
Tabulka 11: Kdo Vás informoval o způsobu provedení jednotlivých vyšetření?	44
Tabulka 12: Jakým způsobem jste získala informace?.....	45
Tabulka 13: Analýza vlivu plánovanosti a neplánovanosti těhotenství na pocity vzniklé při jeho zjištění.....	46
Tabulka 14: : Porovnání pocitů, které se objevily během těhotenství vzhledem ke zdravotnímu průběhu těhotenství	47

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Jaké pocity se objevily v průběhu těhotenství:	34
Graf 2: Celkový počet návštěv v prenatální poradně	36
Graf 3: Jaké vyšetření jste v těhotenství podstoupila?	37
Graf 4: Pokud jste pociťovala strach či úzkost, čeho jste se bála nejvíce?	42
Graf 5: Kdo Vás informoval o způsobu provedení jednotlivých vyšetření?	44
Graf 6: Jakým způsobem jste získala informace?	45

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník.....	58
Příloha 2: Posuzovací škála sociálního přizpůsobení dle Holmesa a Rahe (Strnadová, 1998)	61

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Vážená paní, vážená slečno,
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, jehož cílem je zhodnotit pocity těhotných žen v souvislosti s prenatální diagnostikou. Dotazníky jsou anonymní a budou sloužit pouze pro vypracování mé bakalářské práce.

Odpovědi prosím pravdivě zakroužkujte nebo vepište na vyznačené místo. Pokud je více možných odpovědí, uveďte všechny. Děkuji Vám za spolupráci!

Jana Žitná

Studentka 3. ročníku bakalářského studia ošetrovatelství – obor porodní asistentka
Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání
 - a) základní
 - b) vyučena
 - c) vyučena s maturitou
 - d) středoškolské s maturitou
 - e) vyšší odborné
 - f) vysokoškolské
- 3) Pokolikáté jste rodila?
 - a) poprvé
 - b) podruhé a více
- 4) Jednalo se o těhotenství:
 - a) plánované
 - b) neplánované
- 5) Jaké pocity se objevily v souvislosti se zjištěním těhotenství?
 - a) pozitivní (štěstí, radost, spokojenost, vzrušení)
 - b) negativní (hněv, strach, starost, smutek)
 - c) ambivalentní (zároveň štěstí, radost se strachem a úzkostí)
- 6) Objevily se v průběhu těhotenství nějaké negativní pocity? Zakroužkujte které:
 - a) žádné negativní emoce se neobjevily
 - b) úzkost a strach
 - c) vnitřní napětí
 - d) pocit, že to nezvládnu
 - e) zhoršená koncentrace
 - f) podrážděnost
 - g) jiné.....

- 7) Vaše těhotenství probíhalo:
- bez potíží
 - měla jsem zdravotní potíže, navštěvovala jsem specializované pracoviště
- 8) Navštěvovala jste pravidelně od začátku těhotenství svého gynekologa?
- ano
 - ne
- 9) Udejte prosím celkový počet návštěv v prenatální poradně:
- 10) Zaškrtněte prosím, jaké vyšetření jste v těhotenství podstoupila a napište kolikrát:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> odběr krve..... | <input type="checkbox"/> ultrazvukové vyšetření..... |
| <input type="checkbox"/> vaginální vyšetření..... | <input type="checkbox"/> kultivační vyšetření z pochvy.... |
| <input type="checkbox"/> vyšetření moče..... | <input type="checkbox"/> odběr plodové vody..... |
| <input type="checkbox"/> glukózový toleranční test.... | |
- 11) Objevily se v souvislosti s nějakým vyšetřením negativní pocity? Zakroužkujte, které:
- žádné negativní emoce se neobjevily
 - úzkost a strach
 - vnitřní napětí
 - pocit, že to nezvládnu
 - zhoršená koncentrace
 - podrážděnost
 - jiné.....
- 12) Pokud ano, uveďte prosím, u kterého vyšetření:.....
.....
- 13) Pociťovala jste v souvislosti s prodělanými vyšetřeními některé z těchto potíží?
Zakroužkujte všechny, které se objevily:
- Nemohla jsem usnout, často jsem se budila během spánku.
 - Často mi bušilo srdce.
 - Trpěla jsem častěji zažívacími obtížemi (průjmem, zácpou)
 - Pociťovala jsem tlak v žaludku.
 - Častěji mě bolela hlava.
 - jiné.....
 - žádné z těchto potíží jsem nepociťovala
- 14) Pokud se některé tyto potíže objevily, uveďte prosím v souvislosti s jakým vyšetřením:
.....
- 15) Pokud jste při některém z vyšetření pociťovala strach či úzkost, čeho jste se bála nejvíce?
- samotného provedení vyšetření
 - rizik, které s vyšetřením souvisejí
 - výsledku vyšetření
 - jiné.....

- 16) V případě, že se objevily nějaké negativní pocity, co Vám pomáhalo je zvládnout?
- a) relaxace
 - b) opora blízkých
 - c) víra
 - d) naděje v budoucnost
 - e) touha po dítěti
- 17) Uvažovala jste, že odmítnete nebo odmítla jste nějaké vyšetření?
- a) ano
 - b) ne
- 18) Pokud ano, uveďte prosím které:
- 19) Kdo Vás informoval o nutnosti podstoupení jednotlivých vyšetření?
- a) lékař
 - b) porodní asistentka
 - c) jiné.....
- 20) Kdo Vás informoval o způsobu provedení jednotlivých vyšetření?
- a) lékař
 - b) porodní asistentka
 - c) nikdo mě ústně neinformoval
 - d) informace jsem získala jiným způsobem – podtrhněte jakým:
(INTERNET, LITERATURA, MÉDIA, INFORMAČNÍ LETÁK)

Příloha 2: Posuzovací škála sociálního přizpůsobení dle Holmese a Rahea (Strnadová, 1998)

Smrt partnera	100
Rozvod	73
Rozchod manželů	65
Výkon trestu	63
Smrt blízkého příbuzného	63
Vlastní zranění nebo nemoc	53
Sňatek	50
Výpověď z práce	47
Smíření manželů	45
Odchod do penze	45
Onemocnění rodinného příslušníka	44
Těhotenství	40
Sexuální potíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finanční situace	38
Smrt blízkého přítele	37
Změna pracovního zaměření	36
Zabavení zastaveného majetku	30
Změna zodpovědnosti v zaměstnání	29
Odchod syna nebo dcery z domu	29
Problémy s příbuznými ze strany partnera	29
Vnikající osobní úspěch	28
Manželka začala nebo přestala pracovat	26
Zahájení nebo ukončení studia	26
Změna životních podmínek	25
Změna osobních zvyků	24
Problémy s nadřízeným	23
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreace	19
Změna náboženských aktivit	19
Změna společenských aktivit	18
Změna spánkových návyků	16
Změna stravovacích návyků	15
Dovolená	13
Vánoce	12
Drobné porušení zákona	11